



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Richard José Lima dos Santos, nº 2630

Mindelo, Julho de 2015

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem”.

Richard José Lima dos Santos, nº 2630

Humanização dos Cuidados de Enfermagem no período pós-anestésico

Orientador: Enfermeiro Carlos Soares

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia a minha mãe, por ter acreditado em mim, apoiado, por ter sido um suporte e incentivo incondicional, para que este sonho se tornasse realidade.

Ao meu Amigo Arlindo Lopes, pois sem ele jamais seria possível chegar até aqui.

Muito obrigado!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro queria agradecer a Deus por estar sempre do meu lado, principalmente nas horas de desespero.

Agradecer a minha mãe, ao meu pai, ao meu amigo Arlindo Lopes, aos meus irmãos, Ridson Santos, Quincy Santos, Euda Lopes e Dircelena Lopes, pelo incentivo incondicional.

Agradecer a minha namorada Arisiene Fatuda pelo companheirismo, incentivo, paciência, e dedicação durante todo esse tempo.

Agradecer a minha tia Maria Luísa pelo apoio incomparável que me tem dado.

Agradecer aos meus colegas de curso que fizeram parte de mim e desse caminho que trilhamos nesses quatro anos, em especial ao meu colega Hélder Baia.

Ao meu orientador, Enfermeiro Carlos Soares, pela dedicação, paciência e sabedoria com que me orientou/guiou durante esta pesquisa.

Aos meus professores, que foram e são um incentivo no meu processo de desenvolvimento intelectual e pessoal.

Aos Enfermeiros do Bloco Cirúrgico do Hospital Baptista de Sousa que tiveram um papel fundamental na realização do meu estágio profissional.

A todos os que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para que esta pesquisa fosse concluída.

O meu sincero: muito obrigado!

EPÍGRAFE

“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!”

Angélica Tavares (1999)

Índice

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Objectivos	15
1.2. Objectivo geral:	15
1.3. Objectivos específicos:.....	15
1.4. Estrutura da Investigação, material e método	15
2. CAPITULO I - PROBLEMÁTICA / JUSTIFICATIVA DO TEMA	17
2.1. Situação problemática	19
3. CAPITULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
3.1. Conceitos	21
3.1.2. Humanização	21
3.1.3. A Enfermagem	22
3.1.4. O Utente como pessoa no seu todo	22
3.1.5. Cuidados de Enfermagem	23
3.1.6. Comunicação:	23
3.1.7. Empatia	24
3.1.8. Respeito.....	24
3.2. A enfermagem e os direitos do utente	25
3.3. Humanizar o cuidado no centro cirúrgico	26
3.4. Considerações éticas na assistência humanizada no centro cirúrgico	29
3.5. Sala de Recuperação pós-anestésico	32
3.5.1 Requisitos da unidade de cuidado pós-anestésico	33
3.5.2. Admissão do utente a unidade de recuperação pós-anestésico	35
3.5.3. Avaliação do utente no período pós anestésico.....	36
3.6. Diagnóstico de enfermagem no utente no período pós-anestésico.....	39
4. CAPITULO III – METODOLOGIA.....	48
4.1. Tipo de Estudo e Meio	49
4.2. População	50
4.3. Variáveis	51
4.4. Instrumentos de Recolha de Dados	51
4.5. Entrevista.....	51
4.6. Observação	52
4.7. Princípios Éticos.....	52
4.8. Análise e Tratamento de Dados	54

4.9. Resultados	54
4.10. Caracterização da população alvo	55
4.11. Fase Empírica.....	55
4.11.1. Caracterização da população alvo	55
4.12. Distribuição do público-alvo segundo o Género.....	57
4.13. Distribuição do público-alvo segundo a idade	58
4.13. Distribuição do público-alvo segundo a escolha Profissional	59
4.14. Distribuição do público-alvo segundo grau académico.....	60
4.15. Distribuição do público-alvo segundo anos de prática profissional em Enfermagem (Enf).....	61
4.16. Distribuição da amostra segundo anos de prática profissional em Enfermagem no Bloco Cirúrgico (B.C)	62
4.16. Apresentação e análise de dados	63
4.17. Discussão dos Resultados.....	73
5. CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
7. ANEXO	84

Índice tabela

Tabela 1: Apresentação das características do público-alvo.....	56
Tabela nº 2: Distribuição do público-alvo segundo o género.....	57
Tabela nº 3: Distribuição do público-alvo segundo o género.....	58
Tabela nº 4: Distribuição do público-alvo segundo a escolha Profissional.....	599
Tabela nº 5: Distribuição da amostra segundo grau académico.....	60
Tabela nº 6: Distribuição do público-alvo segundo anos de prática profissional em Enfermagem (Enf).....	61
Tabela nº 7: Distribuição do público-alvo segundo anos de prática profissional em Enfermagem no Bloco Cirúrgico (B.C).....	62
Tabela nº 8 - referente a primeira questão da entrevista:	63
Tabela nº 9 - referente a primeira questão da entrevista:	644
Tabela nº 10 - referente a segunda questão da entrevista:	655
Tabela nº 11 - referente a terceira questão da entrevista:	666
Tabela nº 12 - referente a quarta questão da entrevista:	677
Tabela nº 13 - referente a quinta questão da entrevista:	688
Tabela nº 14 - referente a sexta questão da entrevista:	699
Tabela nº 15 - referente a sétima questão da entrevista:.....	70
Tabela nº 16 - referente a oitava questão da entrevista:	71
Tabela nº 17 - referente a nona questão da entrevista:	72

Índice de gráfico

Gráfico nº 1: Distribuição do público-alvo segundo o género.....	577
Gráfico nº 2: Distribuição do público-alvo segundo a idade.....	58
Gráfico nº3: Distribuição do público-alvo segundo a escolha profissional.....	599
Gráfico nº4: Distribuição do público-alvo segundo grau académico.....	60
Gráfico nº5: Distribuição do público-alvo segundo anos de prática profissional em Enfermagem.....	61
Gráfico nº6: Distribuição do público-alvo segundo anos de prática profissional em Enfermagem no B.C.....	62

RESUMO

Atualmente é de extrema importância a humanização dos cuidados na Enfermagem, e cada vez mais, na nossa sociedade, exige-se e sente-se a necessidade da humanização. Desta forma, considerou-se pertinente desenvolver um estudo no âmbito da “Humanização dos Cuidados de Enfermagem no período pós-anestésico”, tendo como objectivo principal compreender qual a percepção dos Enfermeiros sobre esta temática. No entanto, para dar resposta ao estudo foram considerados outros aspectos não menos importantes, tais como: quais as práticas utilizadas, as dificuldades e as estratégias na prestação de cuidados e as formas de superar as mesmas.

Optou-se por um estudo tipo descritivo simples, baseado na metodologia qualitativa, sendo que a população alvo é constituída por dez Enfermeiros, que trabalham diariamente com utentes no bloco cirúrgico.

Como instrumento de recolha de dados optou-se por um guião de entrevista. O tratamento dos dados foi efectuado através da análise de conteúdos, e o Excel 2010 para a caracterização da população alvo. Os dados foram apresentados através de tabelas e alguns gráficos, de onde foram retirados algumas conclusões.

Destacou-se essencialmente que para todos os entrevistados é unânime que a humanização tem uma parte fundamental nesta profissão, no entanto, nem todos os enfermeiros conseguiram identificar de forma global o conceito da mesma, o que acaba por interferir na utilização da humanização dos cuidados na prática do dia-a-dia. A humanização dos cuidados de enfermagem segundo os profissionais, passa por várias técnicas, contudo, também foram referidas algumas dificuldades, pelos mesmos, para garantir a sua realização.

Palavra-chave: Cuidados de Enfermagem, Humanização, Enfermeiros.

ABSTRACT

Nowadays it is very important the humanization of nursing care, and increasingly, in our society, is required and feels the need of humanization.

In this way, it was considered pertinent to develop a study in the context “humanization of nursing care in the post-anesthetic period”, having as main objective to understand the perception of nurses on this topic. However, responding to the study were considered other aspects, not less important, such as: which practices used, the difficulties and the strategies in the providing of cares as well the ways to overcome them.

It was opted for a simple descriptive study, based on the qualitative methodology. The population consists of ten nurses who, daily, work with users in the surgery room.

As data collection instrument was chosen for an interview guide. The data processing was performed by content analysis, and Excel 2010 for the characterization of the population. The data were presented in tables and some graphics, where some conclusions were preconized.

Stands essentially that for all interviewed is unanimous that the humanization has an essential part in this profession, however, not all nurses were able to identify globally this concept, which interfere with the humanization of care in practical day-to-day. The humanization of nursing care according the professionals goes through various techniques, however, they also mentioned some difficulties to ensure its realization.

Keys-words: nursing care, humanization, nurses.

LISTA DE SIGLAS

B.C - Bloco Cirúrgico

B.O - Bloco Operatório

C.C - Centro Cirúrgico

F. C - Frequência Cardíaca

H.B.S - Hospital Baptista de Sousa

M.S - Ministério de Saúde

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

P. A - Pressão Arterial

P.G - Página

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

S.R.P.A - Sala de Recuperação Pós-Anestésico

T - Temperatura

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho monografia surge no âmbito do plano curricular 4º ano e como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura de Enfermagem, da Universidade do Mindelo. Com este trabalho de investigação pretende-se promover a construção duma postura ideal perante a procura constante do saber científico ao longo da nossa carreira profissional, assim como para a forma mais adequada de proceder a uma investigação. A realização deste trabalho pretende-se ser pertinente, objectiva, clara e sistemática.

A Enfermagem como ciência em evolução e em constante procura da melhoria dos cuidados prestados, encontra na investigação contributos preciosos, com o objectivo de atingir a excelência dos cuidados que são prestados a população. Considera-se desta forma, ser a principal razão pela qual cada vez mais os Enfermeiros desenvolvem trabalhos nesta área, para além das razões de ordem académica.

A realização desta investigação foca-se sobre a humanização dos cuidados de Enfermagem no período pós-anestésico, do ponto de vista do enfermeiro.

A escolha da temática deste trabalho de investigação vai de encontro quer ao interesse pessoal, quer as vivências académicas. A curiosidade despertada durante os ensinamentos clínicos, não só devidos as expectativas para a prática deste tema, mas também as experiências vivenciadas durante os mesmos, assim como o interesse pelo conteúdo teórico aprendido ao longo deste percurso, aumentou o interesse sobre esta temática. Outro aspecto não menos importante que veio reforçar esta escolha é a importância da humanização dos cuidados nas actividades diárias do enfermeiro para melhor recuperação do utente. Neste sentido emergiu para o investigador a seguinte pergunta de partida: *“Quais são os cuidados humanizantes do enfermeiro para a qualidade dos cuidados do utente no pós-anestésico?”*

1.1. Objectivos

Deste modo, a investigação preconiza os seguintes objectivos:

1.2. Objectivo geral:

Conhecer qual a percepção dos Enfermeiros em relação aos cuidados Humanizados da enfermagem no período pós-anestésico.

1.3. Objectivos específicos:

- Verificar as dificuldades presentes na prestação de cuidados humanizados no pós-anestésico;
- Identificar as práticas que os Enfermeiros utilizam para favorecer a humanização dos cuidados no utente pós-Anestésico;
- Identificar os principais diagnósticos de Enfermagem humanizantes no período pós-anestésico.

1.4. Estrutura da Investigação, material e método

A exploração do terreno implica a descrição dos recursos físicos e humanos, componentes do cenário onde se insere a humanização dos cuidados de enfermagem.

A metodologia para alcançar os objectivos do presente trabalho impõe a construção de um quadro de referências a partir do qual poderemos contextualizar e justificar a pesquisa:

- 1- Direcção a pesquisa bibliográfica no tocante da definição das palavras-chaves contidas na pergunta de partida centrada nos **termos humanizantes**.
- 2- Identificar os **critérios** que definem a humanização inseridos no perfil descrito dos enfermeiros exercendo num **ambiente específico**.

Baseando-se nesses critérios construímos:

- 1- O guião de entrevistas cuja análise do resultado será descritiva da realidade.
- 2- Descrevemos o ambiente físico e analisamos o seu impacto segundo os termos humanizantes.

O guião de entrevista a ser aplicado em 10 enfermeiros do bloco cirúrgico do HBS, que vai avaliar qualitativamente pelos critérios humanizantes da postura do enfermeiro.

Proceder a metodologia do trabalho realizado, descrevendo o cenário em que a investigação foi criada e configurada, bem como explicitar o tipo da pesquisa e a técnica utilizada. Serão também apresentados e analisados, nesta parte, os resultados obtidos.

É de salientar as limitações face ao estudo, que se centram na inexperiência do investigador na realização de trabalhos neste âmbito e no tempo para a realização deste.

Desta forma, o trabalho monográfico dividiu-se em três grandes momentos: a fase teórica que aborda o tema partindo das palavras-chave da questão de partida; a fase empírica, apresentação e discussão dos resultados obtidos. O processo metodológico ou o fio condutor que liga essas duas fases enfatiza-se como seguinte:

Construção do enquadramento teórico a partir das palavras-chave da pergunta de partida definindo conceito por conceito;

Construção do guião de entrevista a partir dos mesmos conceitos;

A partir da análise dos resultados obtidos com o guião será feita a comparação entre a partir teórica e os resultados obtidos.

O percurso efetuado nesta investigação termina com a apresentação da bibliografia consultada e dos anexos considerados importantes para melhor compreensão da investigação efectuada.

Com a realização deste trabalho monográfico aprofundou-se os métodos e técnicas de investigação científica, e aumentou os conhecimentos teóricos e práticos sobre a temática em estudo, sendo um contributo para este processo de formação.

CAPITULO I - PROBLEMÁTICA / JUSTIFICATIVA DO TEMA

A escolha desta temática de trabalho de investigação vai de encontro as experiências observadas durante os Ensinos Clínicos no Hospital Baptista de Sousa, (HBS), mais precisamente no bloco cirúrgico. Observei durante o ensino clínico que em muitos casos ouve-se queixas sobre a forma de cuidado, dando a entender a necessidade de um atendimento mais humanizado dos cuidados de enfermagem. Pois, o cuidado humanizado implica saber cuidar do próximo de forma empática, reconhecendo o verdadeiro significado da vida, colocando no lugar do outro, compartilhando experiências e vivências para o melhoramento de suas acções como cuidador.

A humanização tem sido muito enfocada actualmente na área da enfermagem, pois o enfermeiro é um dos profissionais que deveria ter mais conhecimento do cuidado holístico.

A assistência integral à saúde passa por grandes transformações. O atendimento de enfermagem no pós-anestésico imediato é um assunto que nos dias de hoje merece muita relevância em seus estudos, pois é um dos momentos mais críticos que o utente passa durante o acto cirúrgico; e quando ele está começando a recuperar dos efeitos anestésicos, ao retornar a sua consciência ele precisa muito dos cuidados de enfermagem, pois neste momento o paciente não tem noção de tempo e espaço, tem dificuldades em respirar e sente muita dor.

De acordo com esta linha de pensamento é de extrema importância manter uma relação de humanismo entre enfermagem-utente e que possivelmente supra as necessidades do utente proporcionando-lhe, momentos de tranquilidade, segurança e alívio de suas aflições.

Com esse estudo pretendo demonstrar a importância do cuidado humanizado para a recuperação do utente no período pós anestésico, em que o utente se encontra tão frágil.

2.1. Situação problemática

Sabe-se que a chegada de uma pessoa que necessita de cirurgia no centro cirúrgico é sempre precedida da sensação de medo: medo do desconhecido, do ambiente estranho, medo da cirurgia e do seu resultado, medo da anestesia, das alterações da imagem corporal, enfim, medo da morte.

Assim, a necessidade de receber informações, atenção e apoio, como um cuidado especial, é imprescindível, até porque sua percepção está, muitas vezes, aguçada tentando captar algo que possa estar interferindo ou que venha a interferir na sua operação.

São situações como essas, que podem aumentar os seus temores e, consequentemente, a sua ansiedade e insegurança, frente à perspectiva imediata da cirurgia.

Dai que surge a necessidade urgente de termos enfermeiros humanizados para dar resposta a esses medos que atormentam o utente, profissionais que sejam capazes de colocar no lugar do utente e interrogar para si próprio: se fosse eu, como gostaria de ser cuidado.

CAPITULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é onde o investigador realiza a busca bibliográfica que vai de encontro ao tema de estudo escolhido que servirá de sustento para o estudo a ser realizado.

O enquadramento teórico representa uma etapa fundamental de um projecto, uma vez que é uma fase em que se recolhem e compilam conceitos e teorias que fundamentam a importância do desenvolvimento dessa temática.

Assim Fortin (2009, p.39) diz que, “conceptualizar, é uma forma clara e coerente de ordenar todas as ideias e de as documentar segundo um assunto preciso, de modo a obter-se (...) uma concepção clara e organizada do objectivo do estudo”.

Tendo em conta o Tema, a pergunta de partida, o objectivo geral e os específicos do trabalho, procura-se fazer um apanhado geral da bibliografia pertinente e disponível, de modo a esclarecer e fundamentar os principais conceitos teóricos que amparam o presente trabalho de investigação. Assim, neste capítulo o investigador pretenderá fazer uma abordagem pelos seguintes conceitos básicos: a humanização, o perfil do utente, perfil do Enfermeiro, e a Sala de Recuperação pós-anestésico.

3.1. Conceitos

No contexto deste trabalho será importante definir alguns conceitos para uma melhor compreensão do mesmo. São vários os conceitos da humanização de enfermagem defendidos por diversos autores, no qual cada um defende o seu ponto de vista mediante a realidade e o objecto de estudo. De acordo com o estudo a ser desenvolvido os conceitos de humanização que vão de encontro a essa realidade são os seguintes:

3.1.2. Humanização

Para Mezono (1995, pg. 276), “a humanização, não é apenas um conceito. É uma filosofia de acção solidária. É uma presença! É a mão estendida! É o silêncio que comunica! É a lágrima enxugada! É o sorriso que apoia! É a dúvida desfeita! É a confiança restabelecida! É a informação que esclarece! É o conforto na despedida”!

Já para Ribeiro e Martins (2010, pg.1):

“a humanização é um conjunto de medidas que objectivam a conciliação entre os cuidados em saúde e as tecnologias, como também um espaço físico favorável e a satisfação dos profissionais da equipe e do usuário. Significa cuidar do utente como um todo, considerando-o biopsicossocial, individualizando a assistência frente as necessidades de cada um.”

Humanizar quer dizer na prática respeito pelo ser humano, compreendendo suas necessidades, defendendo seus direitos cidadãos e contribuindo muito para o seu bem-estar.

Como salienta Oliveira (2001, pg.104), dizendo que:

“humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contacto directo fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso-me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano”.

Ainda Vila & Rossi (2002, pg.17) referem que:

“humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as acções da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana (...)”.

Neste sentido o investigador pretende através do estudo saber se a forma de humanização no bloco cirúrgico vai de encontro com as definições desses autores. Com estas definições pode-se então associar humanização com os cuidados de enfermagem.

3.1.3. A Enfermagem

A enfermagem é uma ciência cujo seu objectivo é de cuidar, vendo o utente como um todo, como afirma o Conselho de Enfermagem (2001), “A enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado de modo integral e holístico.”

A pessoa a ser cuidada possui um conjunto de características. Características estas que variam de pessoa em pessoa, e o Enfermeiro deverá levar isso em conta.

3.1.4. O Utente como pessoa no seu todo

Nesta linha de pensamento (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2001) nos diz que: “a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...)”.

E neste sentido conhecendo a pessoa e as suas características que o Enfermeiro será de extrema importância nos cuidados de enfermagem.

3.1.5. Cuidados de Enfermagem

O exercício da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer os enfermeiros, quer os utentes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

“Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa ciente dos cuidados de enfermagem”. (Conselho de Enfermagem, 2001).

E para que haja esta humanização e estes cuidados de enfermagem é de extrema importância que haja comunicação entre a pessoa e o enfermeiro.

A capacidade de comunicação é um factor de equilíbrio nas relações utente/equipa de saúde, além de uma boa comunicação que traduz-se no orientar, o doente na relação com o meio hospitalar e com os outros doentes. (Rafael, 1994, pg.56).

3.1.6. Comunicação:

Sabe-se que existe três elementos essenciais para que ocorra a comunicação, destacando o emissor, o receptor e a mensagem, podendo este último ser verbal ou não verbal.

Pois para Doutra (2009, pg.3)

“A comunicação é a base para o desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas fases, reforçando o valor da comunicação entre o enfermeiro e o utente. O uso da comunicação como ferramenta na assistência de enfermagem permite a personalização da assistência oferecendo cuidados necessários, humanizados e competentes”.

No desempenho de suas funções, o enfermeiro precisa da comunicação para relacionar-se com as pessoas das várias equipes existentes nas instituições de saúde, bem como para estabelecer uma relação de cuidado com o utente.

O enfermeiro está a comunicar constantemente, pela maneira como conversa, quando ouve, pela entonação de sua voz, pelo silêncio, pela expressão facial e postura corporal.

E, como enfatiza Virgínia Henderson (2007, pg.8), o enfermeiro ao:

“Pôr-se na pele do doente” tem de saber ouvir, ser sensível à comunicação não-verbal, e encorajar os doentes a expressar os seus sentimentos de todas as formas. Esta análise do significado das palavras, dos silêncios, das expressões e movimentos do doente é uma constante. É uma arte fazê-lo de forma discreta que não interfira com o desenvolvimento de uma relação enfermeiro/doente, natural e construtiva.”

Para que haja essa comunicação o enfermeiro terá de ser capaz de criar uma relação de empatia entre ele o utente. Pois, outro dos valores importantes para a prática de cuidados humanizados, é a empatia.

3.1.7. Empatia

Afirma Rosário (2009, pg.63) “que empatia é um processo pelo qual uma pessoa é capaz de um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de outra pessoa a fim de perceber os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências próprias do outro, numa dada situação”.

No que toca aos profissionais de saúde esse é um factor importante na relação do Enfermeiro/Utente. Uma vez que segundo Ferreira (2009, pg.364) “a empatia exige que o enfermeiro compreenda o que o outro está a sentir, que se coloque no seu lugar”.

Complementa Pereira (2008, pg.70) que, “é uma característica importante na comunicação em enfermagem poderá dizer-se que a capacidade intrínseca de compreender os sentimentos dos outros é um dom humano básico”.

3.1.8. Respeito

Como elemento importante da satisfação dos utentes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, é o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente. (Ordem Dos Enfermeiros; 2001, pg.11).

O respeito em enfermagem é considerado um princípio ético fundamental. Deve então estar na origem, ser a matéria constitutiva e uma regra de base que se fundamenta num valor constituindo um modelo para uma acção. Por isso, ele é uma regra um preceito moral e um princípio básico fundamental (Pinto 2003, pg.56).

Pinto (2003 pg.12), ressalta ainda que: “o respeito é encontrado na literatura relativa a ética e valores humanos, onde é considerado um princípio ético primário”.

3.2. A enfermagem e os direitos do utente

A humanização dos cuidados de enfermagem surge também pelo respeito dos direitos dos doentes, desde modo, será importante referir alguns dos principais temas que abordam. Assim o doente tem direito a (Ministério de Saúde, 1999):

- Ser tratado no respeito pela dignidade humana;
- Receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde;
- Confidencialidade de toda a informação clínica;
- Privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico;

É a volta desses direitos, que os cuidados humanizados, prestados pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde se regem. No desenvolvimento desses direitos e com base na relação de ajuda que se estabelece entre o enfermeiro e o utente.

Existem vários princípios a ter em conta, e nessa linha de pensamento, ainda refere que os utentes aquando da prestação de cuidados esperam (Balzer, 2004):

- Uma investigação sistemática e precisa de suas preocupações, relacionadas com a saúde através de um serviço de enfermagem bem organizado.
- Ser informado acerca do seu estado de saúde, ter resposta para as suas perguntas, compreendendo claramente o que o enfermeiro lhe explica.
- Receber cuidados de enfermagem de enfermeiros que têm conhecimento do seu diagnóstico e tenham capacidade de proporcionar cuidados seguros e eficazes.
- Esperar ser tratado com cortesia e que os enfermeiros sintam por eles um interesse verdadeiro.
- Confiar no sigilo em relação a qualquer confidência.
- Ser informado acerca de qualquer plano de acção a ser desenvolvido para o seu benefício.
- Recusar ou autorizar a prestação de cuidados de enfermagem sem que a sua relação com o enfermeiro seja deteriorada.

É através destes princípios que se poderá estabelecer uma boa relação de ajuda, que, segundo o mesmo autor passa por estabelecer uma interacção humana, que engloba o calor humano, o respeito, a autenticidade, a empatia, a auto-exposição, a especificidade, as perguntas, a expressão de opinião, o humor e o espiritualismo (Balzar, 2004).

3.3. Humanizar o cuidado no centro cirúrgico

Fazendo uma retrospectiva sobre a enfermagem, suas origens e evolução até o presente momento, não restam dúvidas que o cuidar é a sua principal característica e o seu marco referencial, representando as crenças e os valores predominantes da prática da enfermagem. Com o passar dos tempos têm surgido várias definições de cuidar/cuidado de acordo com diferentes concepções.

Waldow (1992, pg.30) afirma que, “o cuidado pode ser considerado como a conotação de atenção, preocupação para, responsabilidade por, observar com atenção, com afecto, amor ou simpatia. Em geral, o termo implica a ideia de fazer, de acção”.

Tanji & Novakoski (2000, pg.802) afirmam que, “o cuidado é imprescindível em diferentes situações da vida do ser humano, podendo ser adaptadas e ajustadas conforme a necessidade”.

A rotina e a complexidade do ambiente fazem com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente. (Villa & Rossi 2002, pg.143)

Consequências de uma rotina diária, que exigem um grande esforço físico e psíquico dos profissionais; ao realizar um estudo para avaliar os sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem em um centro cirúrgico.

Carvalho & Lima (2001, pg.31) chamam a atenção para, “ (...) as muitas queixas que caracterizam sintomas físicos de estresse, dando a impressão de que esses sintomas tem interferido negativamente, tanto na vida do funcionário, quanto no seu trabalho (...)”.

Amparados nestas afirmações, constatou-se que o trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico, em determinados momentos constitui-se como um instrumento da equipe cirúrgica, ocupando-se de tarefas administrativas.

Como afirmam Guedes et al (2001, pg.24) “percebe-se que a função burocrática, planejamento, organização e o controle sejam elementos firmemente incorporados ao seu trabalho diário, não restando tempo do seu expediente para dedicar-se aos cuidados com o paciente”.

Desta forma, para que se consiga humanizar o atendimento de enfermagem é preciso que a equipe seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, passando a entender o paciente de forma humana.

Apoiados nas experiências académicas do investigador tem-se observado que a cirurgia em si é um factor de estresse, tanto para o utente, como para a equipe cirúrgica, no entanto é necessário que os profissionais tenham consciência de que o objectivo de seu trabalho é a recuperação do utente, preocupando-se em detectar sinais de ansiedade, estresse e/ou outros factores que possam interferir no bom andamento do ato cirúrgico.

Como afirmam Santos et al (2002, pg.26) “a importância da qualidade da assistência de enfermagem nesse momento é capaz de contribuir para avaliar a tensão, ao transmitir para o cliente informações que lhe permita enfrentar a situação em que se encontra com menos temor”.

A boa qualidade da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico inicia-se no pré-operatório.

Segundo Valle et al. (1997, pg.35) “analisando as orientações pré-operatórias sob a óptica dos pacientes, os mesmos “exaltam a importância do preparo pré-operatório efectuado pelas enfermeiras do centro cirúrgico trazendo-lhes, orientações acerca do procedimento cirúrgico e transmitindo-lhes segurança”.

Ainda D’Assumpção apud Cruz & Varela (2002, pg.52) descrevem sobre o medo, a incerteza e a angústia demonstrada pelo paciente ao transcreverem trechos de entrevistas, como este:

“Ao me levarem para a sala de cirurgia, por favor não me deixem sozinho e sem qualquer informação sobre o que irá acontecer (...), para mim, tudo é novidade, tudo é assustador. Porém, se alguém que eu já conheça, estiver junto de mim, estarei seguro e me será mais fácil enfrentar tudo aquilo que virá em seguida.”

Constatou-se que o utente orientado quanto aos procedimentos a que será submetido no centro cirúrgico é um paciente com níveis de ansiedade, insegurança e medo menores do que aquele sem acesso a qualquer orientação.

“Ao chegar no centro cirúrgico é necessário que o enfermeiro acolha calorosamente o paciente, encaminhando-o à sala de cirurgia, no entanto, no dia-a-dia das actividades cirúrgicas, há uma insatisfação por parte dos pacientes, quanto à prontidão ao atender chamados, ao apoio, às orientações recebidas desde a recepção até a sala operatória e durante o acto cirúrgico, o que leva a inferir que os cuidados de enfermagem no transoperatório, na maioria das vezes, não estão incorporados ao quotidiano das actividades desenvolvidas”. (Jouclas et al, 1998, pg.47).

Ainda Santos et al (2002, pg.26) descrevem que, “no centro cirúrgico, o paciente frequentemente é assistido de forma mecânica, impessoal e os seus problemas de natureza psicológica ou mesmo social muitas vezes são ignorados (...)”.

Ao estudarem a relação entre pacientes e profissionais quanto à prática da humanização, Caprara & Franco (1999, pg.651), trazem fragmentos de entrevistas realizadas com pacientes, entre estas se encontra uma que caracteriza a despersonalização a

que é submetido o paciente ao ser internado, ao relatar que, “ (...) as próprias vestes são substituídas por roupas personalizadas e, como identificação, um simples número”. “Desta maneira constata-se que mais uma vez o quotidiano se afasta do contexto teórico, podendo ser referida como a falta de sensibilidade da instituição para com o paciente”. (*Ibidem*)

Silva et al (2001, pg.587), Relatam:

“A importância do enfermeiro pensar ao dispensar cuidados aos seus seres cuidados, mediados pela preocupação e desvelo pelo outro, considerando este momento de comunhão que se dá entre aquele que, cientificamente e humanamente, aprendeu os meios de ajudar o outro nas suas necessidades de saúde e de doença, e o outro que necessita receber tais cuidados.”

Na actividade diária de um centro cirúrgico encontramos variados comportamentos e atitudes entre os profissionais, alguns que desrespeitam o ser humano.

Como lembram Cruz & Varela (2002, pg.52), Sobre:

“O abandono do paciente para cumprimentos efusivos e demorados com companheiros (as) de trabalho, o surgimento inoportuno, naquele local e naquele momento, de funcionários, dirigindo-se à enfermeira próxima ao paciente, para informar que: o aspirador desta sala não está funcionando, ou está faltando oxigénio nesta sala, ou o ar condicionado não está funcionando, ou ainda o anestesista não chegou.”

Como afirma António et al, (2002, pg.37), (...) ”essas situações podem até ser consideradas comuns e naturais entre os profissionais, mas não o são para os pacientes, para esses, estas situações se colocam como ameaçadoras, assustadoras e geradoras de conflitos e ansiedades” (...)

Ao sair da sala de cirurgia os utentes são encaminhados para a sala de recuperação pós-anestésica, onde o utente deve ser recebido pelo enfermeiro e ter as suas necessidades realizadas.

Soares apus Teixeira et al (1994, pg.255), afirmam que “um bom relacionamento entre enfermeiro e paciente reduz o impacto da cirurgia e as possibilidades de complicações, além de promover adaptação mais rápida (...)”.

“A presença do enfermeiro ao lado do paciente, desenvolvendo uma relação de ajuda e compartilhando este momento tão angustiante, lhe trará conforto e segurança, tornando mais ameno e menos doloroso este momento. Ao avaliar os cuidados de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica, obteve-se alto grau de satisfação por parte dos pacientes nos itens: segurança demonstrada pelo pessoal de enfermagem nos cuidados, acolhimento do paciente e apoio, desde a chegada até ser encaminhado a unidade de internação (Jouclas et al, 1998, pg.47) ”.

No entanto, as orientações recebidas pelo paciente na sala de recuperação pós-anestésica muitas vezes não estão de acordo com o que é preconizado pelos referenciais teóricos.

Como coloca Teixeira et al (1994, pg.254) ao afirmarem que:

“ (...) prestar informações específicas ao paciente sobre as sensações esperadas, pode ser útil, contudo, é importante antes de fornecer qualquer informação, ouvir o paciente, seus temores e dúvidas, evitando que o mesmo fique sem saber o

porque dos sintomas que está apresentando e até quando permanecerá neste estado desconfortante (...)”.

Após estas reflexões, pode-se afirmar que desde que o utente é admitido para a realização de procedimento cirúrgico até a alta hospitalar, este não é mais o único responsável pelo que acontece consigo, mas toda a equipe. Durante a sua permanência no centro cirúrgico, a responsabilidade recai sobre a equipe cirúrgica e mais directamente no enfermeiro, passando a responder por tudo o que está ou possa acontecer com o mesmo.

Por isso, segundo Santos et al (2002, pg.26) o enfermeiro de centro cirúrgico deve:

“Livrar-se de seu papel puramente técnico e integrar-se no cuidado total daquele cliente que está a sua frente. Em tão poucas ocasiões o indivíduo está tão dependente de outra pessoa com relação a sua segurança e bem-estar quanto no período pré, trans e pós-operatório, ocasião em que precisa integrar-se ao desconhecido (ambiente e pessoas).”

Assim, é necessário que o enfermeiro esteja atento a todas as reacções apresentadas pelo utente nestes períodos, sendo imprescindível.

Segundo Jouclas et al (1998, pg.48), “A utilização de um processo de interacção interpessoal que ultrapasse o fazer mecânico, promovendo o espírito de humanização dos cuidados”.

Neste sentido, é inevitável motivar e conscientizar os profissionais para as mudanças indispensáveis na obtenção de um ambiente mais humanizado no centro cirúrgico.

Como nos alerta Rodrigues (2000, pg.20), “humanizar o atendimento de enfermagem em centro cirúrgico tem sido um desafio constante, pois encontramos resistência de alguns funcionários e de vários profissionais de outras áreas, porém, acreditamos que o cuidado humanizado é essencial para a prática da enfermagem”.

Diante do exposto sobre humanização no período transoperatório e os vários factores que interferem nesta, posso afirmar que não teremos uma equipe humana, em suas actividades diárias, se não for preparada para tal em sua formação.

3.4. Considerações éticas na assistência humanizada no centro cirúrgico

Levando em conta a ética profissional da enfermagem, a esses profissionais não compete apenas as acções técnicas e especializadas, mas a atenção às pessoas doentes da melhor maneira possível respeitando sua individualidade (Guido1995, pg.103).

O Código de Ética dos profissionais de enfermagem, por meio da Resolução n.º240/2000, p.35, capítulo I (Cofen, 2000), estabelece que:

“O profissional da enfermagem respeita a vida a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, a discriminação de qualquer natureza, assegura ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de

imperícia, negligência ou imprudência, cumpre e faz cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.”

No trabalho diário de um centro cirúrgico é de responsabilidade do enfermeiro a recepção do utente que é feita através da identificação que passa de nome e sobrenome para número e patologia.

Ao realizar um estudo sobre a humanização da assistência de enfermagem prestada no centro cirúrgico, Rodrigues Traz fragmentos de entrevistas que demonstram o tratamento ético que é dispensado aos pacientes. Rodrigues (2000, p.18) acrescenta que:

“Quando me chamaram pelo meu nome, tive a certeza que sabiam o que estavam fazendo, isso me deixou mais tranquila, fui recebida com bom dia, mas depois me deixaram sozinha em uma sala e eu só ouvia conversas no corredor, senti medo, foi muito ruim, eu estava angustiada e as moças ficaram discutindo preço de celular”.(ibidem)

Isso nos mostra a importância que tem para o utente ser chamado pelo seu nome e não ser identificado pela sua patologia, como também nos alerta de certos comportamentos que no local onde estamos inseridos não são apropriados.

Como nos diz Paulo (1999, pg.49):

“O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas”.

Em alguns casos o utente é levado até a sala de cirurgia de forma fria, sem se estabelecer um diálogo ou mesmo uma relação de confiança profissional-utente; depois de colocado na mesa operatória é esquecido, e a enfermagem passa a assumir função tecnicista, dispensando atenção aos equipamentos e seu funcionamento adequado, sem maiores esclarecimentos ou respostas às suas angústias.

De acordo com o documento acima citado, o utente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as acções diagnosticadas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existir necessidade de anestesia, qual o instrumento a ser utilizado e quais os órgãos do corpo serão afectados pelo procedimento.

Quando se encerra o acto cirúrgico o utente é transferido da sala de cirurgia para a sala de recuperação pós-anestésica, e neste momento, conforme a condição hemodinâmica, ou seja, dependendo do sucesso do acto anestésico-cirúrgico, o utente acaba por não receber a atenção que a ele deveria ser dedicada, independente de seu estado geral.

Guedes et al (2001, pg.22) ressaltam que:

“O enfermeiro é o responsável pelo cuidado do paciente do centro cirúrgico e, se ele não o coloca em primeiro plano, irá atender à cirurgia e não ao paciente, promovendo, assim o controle de material, equipamentos e pessoal voltado para a cirurgia, tornando o paciente um objecto de trabalho, mas não o ser principal, sujeito desencadeante do processo.”

A atenção, muitas vezes, fica restrita a simples expressões como: “está tudo bem”, “respira fundo” ou “calma” sem ao menos olhar directamente para ele, o que afecta muito o utente.

Relato de médicos que passaram para a situação de paciente demonstram essa, como Rabin & Rabin *apud* Caprara & Franco (1999, pg.652) colocam:

“Fiquei desiludido com a maneira impessoal de se comunicar com os pacientes. Não demonstrou em momento nenhum, interesse por mim como pessoa que está sofrendo. Não me fez nenhuma pergunta sobre meu trabalho. Não me aconselhando a respeito do que tinha que fazer ou do que considerava importante psicologicamente, para o enfrentamento das minhas reacções, a fim de me adaptar e responder a doença degenerativa. Ele como médico experiente da área, mostrou-se atencioso, preocupado, somente no momento em que me apresentou a curva de mortalidade da esclerose amiotrófica.”

Fato que merece destaque e muitas vezes é desencadeado por problemas administrativos, é o cancelamento de cirurgias, que já causou angústia e insegurança considerável ao paciente, prejudicando-o e desrespeitando-o (...) António et al, (2002, pg.98).

E para alguns pode ter efeitos desastrosos, mesmo que sejam esclarecidos ou que estes tentem racionalizar e compreender a situação (*Ibidem*).

Baseados no Código de Ética dos profissionais de enfermagem (Cofen, 2000, pg.34): Verifica-se no capítulo III, artigo 16º que é de responsabilidade da nossa profissão “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.

Associado ao cancelamento de cirurgias outros “dilemas éticos” podem ser relatados no atendimento ao utente na eminência de uma cirurgia, como a invasão de sua privacidade e o desrespeito dentro da sala operatória; não se pode ignorar que a enfermagem no cuidado diário, toca e expõe o paciente muitas vezes sem autorização, adoptando posturas de poder sobre o mesmo.

Sentimentos de constrangimento, vergonha e embaraço, são demonstrados, porém o paciente pouco questiona acreditando ser imprescindível a invasão para sua recuperação. Entretanto, o sujeito do processo de trabalho da enfermagem, é um ser humano com personalidade, dignidade, preconceito e pudor. (Pupulim e Sawada, 2002, pg. 74).

Ao respeitar e atender as necessidades e direitos do utente, a equipe que com ele se relaciona terá sucesso em seu trabalho, já que é de responsabilidade do enfermeiro fazer com que esses direitos sejam cumpridos.

Salientam Mendes et al (2000, pg.217) a respeito do profissional enfermeiro: “ (...) Mais do que qualquer outro profissional de saúde, os enfermeiros têm frequentemente tempo, oportunidade e acima de tudo preparo para demonstrar o seu conhecimento pelo direito do paciente, ser assistido com dignidade e ainda mais, de promover estes direitos, através de suas acções”.

3.5. Sala de Recuperação pós-anestésico

A partir de 1980, foram criadas as Salas de Recuperação Pós Anestésicas, que tem como função prevenir e detectar certas complicações relacionadas à cirurgia, sendo que são localizadas adjacentes à sala cirúrgica, devendo possuir paredes claras, suaves e agradáveis, com ventilação directa, iluminação indirecta, teto a prova de som, e equipamentos apropriados, o ambiente deve proporcionar um bem-estar ao utente.

A sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) é uma área destinada para utentes submetidos a qualquer procedimento anestésico-cirúrgico, onde o utente permanece até a recuperação do nível de consciência, a normalização dos reflexos e dos sinais vitais, sob a observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem e médica.

O enfermeiro na SRPA deve assistir o utente até a sua recuperação dos efeitos que a anestesia provoca, isto é, até que seus sinais vitais e suas funções motoras e sensitivas retornem ao nível normal.

Como refere Black e Esther Jacobo (1993, pg.407):

“Período pós anestésico imediato é um momento crítico para o cliente. É importante a observação cuidadosa. As funções fisiológicas vitais do cliente precisam ser sustentadas até que os efeitos da anestesia desapareçam. Até então, o cliente encontra-se dependente, sonolento e é possível que não seja capaz de solicitar ajuda”.

O enfermeiro nesta sala tem como objectivo na prevenção de complicações pós-operatórias imediatas, o tratamento de enfermagem e descrever os diagnósticos de enfermagem do pós-operatório. Para tanto, são necessários diversos procedimentos desde a retirada do utente da sala cirúrgica até a SRPA.

Na mesma linha de pensamento a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012, pg.155), complementa dizendo que:

“O período de recobro pós-anestésico é o espaço de tempo que se segue de imediatamente a um acto terapêutico e ou diagnostico efectuado sob anestesia geral, loco regional ou sedação. Durante este período de tempo que é curto mas critico, o doente conjuga os riscos associados a administração dos fármacos

anestésicos e a intervenção cirúrgica em si, com tudo o que ela implica de agressão para o organismo”.

Possari (2007, pg. 36), acrescenta que “a secção de recuperação pós-anestésico é o local destinado ao atendimento dos pacientes no pós-operatório imediato até que eles estejam recuperados e em condições de irem para as suas áreas de origem.

“Deve estar localizado o mais próximo das salas de operação, permitindo o fácil acesso dos membros das equipes de enfermagem, cirúrgica e anestesia.” (*Ibidem*).

3.5.1 Requisitos da unidade de cuidado pós-anestésico

A associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses (2012, pg.157) defende que:

A SRPA deve estar localizada

O mais próximo possível do Centro Cirúrgico, facilitando o transporte do paciente, o atendimento do cirurgião e do anesthesiologista, bem como o retorno rápido do paciente à sala de operação, se for necessário.

Espaço Físico

A sala de recuperação pós-anestésica deve conter para cada 12 leitos um posto de enfermagem e serviços com pelo menos 6 metros quadrados de área, distância entre leitos e paredes de no mínimo 0,8 m, distância entre leitos e cabeceiras no mínimo de 0,6 m e espaço suficiente para manobra dos leitos.

Equipamentos e Materiais da SRPA

A SRPA deve ser provida de equipamentos em perfeitas condições de uso e materiais em quantidades suficientes, a fim de atender qualquer situação de emergência. São estes:

- Camas com grades laterais de segurança, rodas e sistema manual ou eléctrico para colocar o paciente na posição de Fowler e Trendelenburg;
- Cada leito deverá estar provido com um painel de saída de gases: oxigénio, ar comprimido e rede de vácuo;
- Carro de emergência contendo materiais, equipamentos e medicamentos;
- Desfibrilador com cardioversão sincronizada;
- Aparelho para medição dos sinais vitais: estetoscópio, esfigmomanómetro, termómetro, relógio;
- Equipamento para monitorização dos sinais vitais (PA, T, FC), oximetria, pressão arterial invasiva, débito cardíaco;

- Aparelho para infusão de soluções medicamentosas sob pressão;
- Hamper;
- Pia com torneira para a lavagem das mãos e recipiente com papel toalha;
- Recipiente para lixo contaminado e reciclável;
- Outros equipamentos e materiais necessários de acordo com o tipo de paciente atendido e com as rotinas do hospital.

Recursos Humanos na SRPA

Segundo Kurcgant (1989, pg.91) “para o dimensionamento de pessoal de enfermagem na SRPA encontrasse em diversas literaturas estudos que propõem um cálculo proporcional, isto é, o número do pessoal de enfermagem deve ser o mesmo em relação ao número de pacientes da SRPA.”

Apresenta-se um quadro com um modelo para o cálculo de funcionários de uma sala de recuperação com seis leitos. O dimensionamento de pessoal de enfermagem na sala de recuperação pós anestésica, em diversas literaturas propõe um cálculo proporcional, ou seja, o número de pessoal de enfermagem deve ser o mesmo em relação ao número de utentes dentro da sala de recuperação pós anestésica.

Para uma desejada prestação da assistência de enfermagem aos utentes na sala de recuperação pós anestésica, é imprescindível a quantidade de profissionais que irá compor a equipe, como também a qualidade que cada membro desta equipe irá possuir.

A unidade sala de recuperação pós anestésica é composta por uma equipe multiprofissional. Cada uma delas com as suas respectivas funções e competências. Para melhor entendimento disto, apresento um quadro com um modelo para o cálculo de funcionários de uma sala de recuperação pós anestésica com seis leitos.

Equipe	Período	Critério	Período	Nº
Enfermeiro		01 para 05 leitos	Turno de Trabalho	01
Técnico de Enfermagem		01 para 03 leitos	Turno de Trabalho	02
Auxiliar de Enfermagem		01 para 05 leitos	Turno de Trabalho	01

Fonte: Possari, (2003, pg.99).

3.5.2. Admissão do utente a unidade de recuperação pós-anestésico

Antes de receber qualquer utente, deve-se observar o funcionamento correto dos aparelhos de monitoração e aspiração, equipamentos de oxigénio, terapia e todos os outros mais.

No transporte do utente da sala de cirurgia para a SRPA, o enfermeiro tem de ter especial atenção no utente para evitar qualquer tipo de complicação. Logo após a transferência do utente da mesa cirúrgica para a cama, todas as sondas, drenos e cateteres devem ser posicionados nos devidos lugares novamente.

Em seguida ao ser colocado na cama, o utente deve ser coberto com cobertores leves protegendo a sua integridade. A cama deve ter grades laterais para a segurança do utente.

Segundo Black e Jacobo (1993, pg.407) “a enfermeira da Unidade de Recuperação pós-anestésico (SRPA) detém conhecimentos especiais sobre a assistência aos clientes que se recuperam da anestesia”.

Segundo o mesmo autor antes do retorno do cliente da sala de cirurgia, a enfermeira investiga se os seguintes equipamentos estão funcionando e pronto para o uso:

- Esfigmomanómetro ou monitor automático de pressão arterial;
- Estetoscópio para auscultar os ruídos respiratórios e medir a pressão arterial;
- Monitor e eléctrodos cardíacos;
- Equipamento intravenoso, como equipamento de administração de líquidos, soluções, tubos e bombas de infusão.
- Equipamentos de aspiração como cateteres, soro fisiológico estéril e luvas estéreis;
- Aparelhagem destinada a apoiar a respiração como vias aéreas artificiais, oxigénio, abaixadores de língua, tubo de oxigénio com máscaras e cânulas, equipamentos de intubação e aparelho de anestesia;
- Medicções como narcóticos, antagonistas de narcóticos, hipnóticos, anti-hipertensivos e relaxantes muscularem
- Cuba rim para vómitos, guardanapos de papéis, patinhos e comadres;
- Termómetros orais, retais e timpânico;
- Lençóis aquecidos ou unidades de equipamento eléctrico para manter a temperatura corporal;
- Carrinho de ressuscitação cardiorrespiratório, medicamentos de emergência (cardiotónicos, vasotónicos e medicamentos respiratório), bandeja de

traqueostomia, sondas endotraqueais, desfibrilador, bandeja de dissecação, ventilador mecânico, equipamento de aspiração gástrica e equipamento de introdução de sonda torácica.

3.5.3. Avaliação do utente no período pós anestésico

Os conhecimentos das complicações são necessários para promover a rápida recuperação e evitar infecções hospitalar ao utente. Os sinais vitais devem ser sempre avaliados para saber se o utente encontra-se na normalidade, ou seja, padrão respiratório eficaz, presença de reflexos, retorno ao nível de consciência, mínimo de dor possível e ausência de sangramentos por sondas e drenos.

A náusea e o vômito são comuns na SRPA, a enfermeira deve intervir no primeiro relato de náuseas do utente, para controlar o problema.

Nesta perspectiva Possari (2007, pg. 224) defende que, “a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato é muito importante e concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja o procedimento cirúrgico, o risco de complicações sempre estará presente”.

O enfermeiro terá de ser capaz de avaliar os seguintes parâmetros no utente para que tenha uma recuperação mais segura e mais rápida.

Pois a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses (2012, pg.160) afirma que “o enfermeiro utiliza as suas competências no sentido de avaliar o estado físico e psíquico do doente através de dados, exame físico, revisão dos registos efectuados e informações recebidas de outros elementos da equipa”.

A avaliação inicial envolve os seguintes passos:

Avaliação da função cardiovascular

- 1- Pulso: periférico, apical;
- 2- Estado hemodinâmico: pressão arterial não invasiva, pressão arterial invasiva (linha arterial), pressão da artéria pulmonar e pressão de encravamento do capilar pulmonar, pressão venosa central;
- 3- Monitorização cardíaca;
- 4- Existência de edemas.

Avaliação da função respiratória

- 1- Permeabilidade das vias aéreas;
- 2- Coloração da pele, mucosas e leitos ungueais;
- 3- Sons respiratórios;
- 4- Frequência e características da respiração;
- 5- Amplitude e simetria dos movimentos torácicos;
- 6- Gasimetria arterial;
- 7- Drenagem torácica;
- 8- Necessidade de oxigenoterapia;
- 9- Necessidade de prótese ventilatória (ventilação controlada ou assistida).

Avaliação de alterações sensório-motoras

- 1- Sensibilidade tátil;
- 2- Sensibilidade das extremidades;
- 3- Resposta motora;
- 4- Força muscular.

Avaliação de alterações resultantes (directas) da intervenção anestésico-cirúrgicas

- 1- Pensos e suas características;
- 2- Características da sutura operatória (na ausência de penso);
- 3- Cateteres: tipo e permeabilidade;
- 4- Drenagens: tipo, permeabilidade, quantidade, características;
- 5- Soros: localização das linhas, tipo e quantidade das soluções de infusão;
- 6- Transusão: sangue e derivados.

Avaliação consciência.

Avaliação do nível de conforto

Avaliação do nível de dor (utilização de escalas adequadas).

A pesquisa bibliografia até agora elaborada foi feita com objectivo de ter um sustento bibliográfico para elaboração do meu guião de entrevista, afim de saber a percepção dos Enfermeiros do Bloco Cirúrgico do Hospital Baptista de Sousa (H.B.S), sobre a Humanização dos cuidados de Enfermagem na sala de recuperação pós-anestésico, para depois comparar as respostas dadas pelos Enfermeiros com a bibliografia escolhida afim de saber se as suas respostas vão de encontro com os conceitos definidos pelos autores sobre humanização e se há algo mais a ser acrescentado.

Em seguida será elaborada uma tabela onde será indicado os critérios e os indicadores indispensáveis para Humanização na SRPA: Perfil do utente na SRPA, perfil do Enfermeiro humanizante e o espaço físico da SRPA, de acordo com alguns autores da bibliografia escolhida.

Palavra-chave	Critério	Indicadores
Humanização	Individualidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crença ➤ Valores ➤ Cultura ➤ Religião
Perfil do Utente	Pós-anestésico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dor ➤ Medo ➤ Ansiedade ➤ Insegurança
Perfil do Enfermeiro	Competência	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidade Comunicação ➤ Empatia ➤ Entoação de Voz ➤ Postura Corporal ➤ Eficácia ➤ Gerência de Tempo
Espaço Físico	Ergonomia do Espaço	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidade ocupacional ➤ m2/utente ➤ N° de leitos ➤ Distância entre leitos ➤ Iluminação ➤ Ventilação ➤ Equipamentos

Elaboração própria

3.6. Diagnóstico de enfermagem ao utente no período pós-anestésico.

Será utilizado o diagnóstico de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a fim de identificar as principais diagnóstico de Enfermagem para o utente na SRPA.

Segundo Possari (2003, pg.82), “a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma actividade privativa do enfermeiro que por meio de um método ou estratégia de trabalho científico, realiza a identificação das situações subsidiando a prescrição” (...)

Diagnósticos de Enfermagem	Objectivos pretendidos	Intervenções de Enfermagem
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none">- Prevenir queda- Prevenir complicações	<ul style="list-style-type: none">- Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda;- Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente;- Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas;- Manter elevadas as grades de protecção da maca;- Manter a cama em altura adequada para prevenir quedas.
Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none">- Prevenir bronco aspiração- Prevenir complicações	<ul style="list-style-type: none">- Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir;- Posicionar o paciente em decúbito de 45°, no mínimo;- Manter a cabeça do paciente lateralizada,

		quando recomendado; - Manter aspirador disponível.
Risco de infecção	- Prevenir infecção evitável	- Examinar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos; - Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor, hipertermia); - Higienizar as mãos com gel alcoólico antes e depois de cada procedimento; - Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos (equipo, bureta), antes de administrar medicações; - Utilizar técnica asséptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos em que seja pertinente.
Risco de infecção		
	- Prevenir alteração da	- Monitorar temperatura,

<p>Risco de desequilíbrio da temperatura corporal</p>	<p>temperatura</p>	<p>padrão respiratório, pressão arterial e pulso;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar cor, temperatura e humidade da pele; - Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor, piloereção) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial, sudorese); - Utilizar manta térmica, quando disponível e indicado; - Manter o ar condicionado desligado.
<p>Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a cicatrização da ferida por segunda intenção - Manter equilíbrio electrolítico e ácido-básico - Manter o equilíbrio hídrico 	<ul style="list-style-type: none"> -Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica; - Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca); - Monitorar níveis de electrólitos séricos; - Verificar presença de sangramentos.

		- Realizar balanço hídrico.
Risco de glicemia instável	- Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	- Verificar resultados de glicemia capilar dos períodos pré e transoperatório; - Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia; - Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do paciente na recuperação anestésica, se indicado; - Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente.

Fonte: Elaboração própria

Para o North American Nursing Diagnosis Association. Os Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012.

- O diagnóstico Risco de queda é definido como “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico.”
- O Risco de aspiração é decorrente da dificuldade que o paciente apresenta em mobilizar-se. Deve-se dar especial atenção a pacientes obesos com dificuldades de elevar o corpo e expandir o tórax, diminuição do reflexo de tosse e deglutição, presença de resíduo gástrico e administração de medicamentos que podem

potencializar a náusea, provocando o vômito. Risco de aspiração é o “risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.

- O diagnóstico Risco de infecção é descrito como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.”
- O Risco de desequilíbrio da temperatura corporal é definido como “risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais”
- O Risco de desequilíbrio do volume de líquidos é definido como “risco de diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à perda, ao ganho, ou a ambos, dos líquidos corporais”
- O diagnóstico Risco de glicemia instável é definido como “risco de variação nos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação aos parâmetros normais”

Diagnósticos de Enfermagem	Objectivos pretendidos	Intervenções de Enfermagem
Integridade da pele prejudicada	- Propiciar a recuperação adequada da pele	- Avaliar condições da incisão cirúrgica; - Avaliar condições do curativo; - Avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres; - Monitorar temperatura da pele do paciente;
	- Prevenir complicações - Evitar infecção	- Avaliar incisão cirúrgica; - Avaliar presença de sinais flogísticos em cateter e/ou venóclise;

<p>- Protecção ineficaz</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar troca de curativo, com técnica asséptica, se houver sujidade; - Realizar desinfecção dos dispositivos de administração de medicações (buretas e equipo), com álcool a 70%.
<p>- Mobilidade no leito prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir complicações - Prevenir dor por posicionamento incorrecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar alinhamento do corpo do paciente; - Manter a roupa de cama limpa, seca e sem rugas ou dobras; - Avaliar condições da pele do paciente; - Realizar massagens de conforto, quando pertinente - Manter profilaxia para trombo embolismo venoso (meias elásticas e compressor intermitente); - Realizar mudança de decúbito a cada duas horas;
	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar a dor - Promover conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar características, intensidade e local da dor; - Aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente;

Dor aguda		<ul style="list-style-type: none"> - Considerar escore de dor relatado pelo paciente; - Avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequências cardíaca e respiratória); - Administrar analgésicos conforme prescrição médica; - Reavaliar dor após administração da medicação.
Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar troca gasosa adequada - Manter a permeabilidade das vias aéreas - Manter equilíbrio electrolítico e ácido básico 	<ul style="list-style-type: none"> - Instalar cateter de O₂ a 2l/min ou conforme recomendação médica; - Orientar paciente a realizar inspiração profunda; - Despertar o paciente e estimulá-lo a respirar profundamente; - Avaliar padrão respiratório (frequência e amplitude); - Avaliar a necessidade de aspiração da via aérea; - Realizar controle da dor, se presente; - Avaliar sinais de insuficiência respiratória (respiração artificial, ruídos, estertores, batimento de asa do nariz).

<p>Hipotermia - Promover Termo regulação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover conforto - Controlar temperatura a cada 15 minutos e sucessivamente a cada 30 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir roupas molhadas por secas; - Cobrir o paciente com cobertores; - Instalar manta térmica, se disponível; - Evitar descobrir o paciente desnecessariamente; - Monitorar cor, temperatura e humidade da pele; - Avaliar perfusão periférica; - Infundir soluções venosas aquecidas; - Realizar todos os registos pertinentes no prontuário do paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente.
---	---	---

Fonte: Elaboração própria

Na mesma óptica de pensamento o North American Nursing Diagnosis Association.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA defina:

- A Integridade da pele prejudicada é descrita como “epiderme e/ou derme alteradas.”
- O diagnóstico proteção ineficaz é definido como a “diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.”
- Mobilidade no leito prejudicada é definida como “limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito.”
- O diagnóstico Dor aguda. É definido como “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.”

- O Padrão respiratório ineficaz é descrito como “inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.”
- Hipotermia é descrita como “temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

CAPITULO III – METODOLOGIA

O que determina uma correcta pesquisa científica é a adopção de uma metodologia de trabalho, que segundo Fortin (1999, pg.373) é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, parte de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”

É através da metodologia que se estudam, descrevem e explicam os métodos utilizados ao longo do trabalho, para responder ao problema por nós levantado. É também assegurado que os instrumentos são fiéis e válidos. Estas decisões metodológicas são necessárias para se confirmar a fiabilidade e a quantidade dos resultados da investigação (Fortin, 1999, pg.40).

Desta forma, neste capítulo foram referidos o tipo de estudo e o meio onde este se insere, variáveis de estudo, a população e a amostra, o processo de amostragem, o instrumento de colheita de dados e o pré-teste, os princípios éticos nas investigações que envolvem seres humanos e análise e tratamento de dados.

4.1. Tipo de Estudo e Meio

O tipo de estudo presente nesta investigação é descritivo simples; em relação ao método, trata-se de um estudo qualitativo.

Este estudo caracteriza-se de descritivo simples, uma vez que se pretende descrever os cuidados humanizados no Pós-Anestésico.

De acordo com Fortin (1999, pg.163) “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira de estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Optou-se pelo método de abordagem qualitativa pois é uma metodologia que serve para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a acção, tem por objectivo chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos, onde o investigador observa, descreve e aprecia o meio e o fenómeno tais como se apresentam, (Prodanov e Freitas, 2013, pg.85).

Não deixando de considerar que de acordo com Prodanov e Freitas (2013, pg.90) “o método de abordagem qualitativa tem o ambiente natural como a fonte directa para a colecta dos dados, mantendo contacto directo com o objecto de estudo em questão”.

Nesse caso, torna-se uma mais-valia para o estudo uma vez que é utilizado no Hospital Baptista de Sousa, cenários de actuação de enfermagem para recolha de dados.

Vantagens do método qualitativo: possibilidade de gerar boas hipóteses de investigação, devido ao facto de se utilizarem técnicas como: entrevistas detalhadas, observações minuciosas, e análise de produtos escritos (relatórios, testes, composições).

Desvantagem do método qualitativo: Existe problemas de objectividade que podem resultar da pouca experiência, da falta de conhecimentos e da falta de sensibilidade do investigador. (Sousa e Baptista, 2011,pg.57).

Segundo Carvalho (2010, pg.43) “a abordagem qualitativa permite obter dados sobre os indivíduos estudados, descrevendo a sua experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”.

4.2. População

Segundo Hulley e tal (2008, pg. 46), “população é um conjunto completo de pessoas que apresentam características em comum (...), onde se pretende estudar a percepção de humanização de cuidados de enfermagem segundo os enfermeiros”.

O público-alvo deste estudo é constituído por enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa, mais precisamente bloco cirúrgico.

Como critérios de selecção para definir a amostra do estudo estipularam-se dois critérios:

- Trabalhar diariamente com utentes no pós-anestésico;
- Trabalhar no contexto hospitalar.

A quando da escolha do público-alvo, foi decidido escolher apenas enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar. Esta escolha surge devido a uma opção do investigador, tendo em conta o facto de que a realidade e o trabalho desenvolvidos com os utentes em meio hospitalar serem diferentes comparados com outras realidades. Desta forma decidiu-se não juntar diferentes realidades, de modo, enviesamento dos dados recolhidos.

Foram escolhidos 10 enfermeiros para constituir a população desse trabalho de investigação.

4.3. Variáveis

Segundo Fortin (1999, pg.36) “ (...) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

As variáveis atributo, de acordo com Fortin (1999, pg.37), “são as particulares dos sujeitos num estudo. A selecção destas variáveis é decidida em função das necessidades do estudo em si. No presente estudo, as variáveis atributo são as seguintes: idade, género, habilitações académicas, categoria profissional, que cargo desempenha neste momento e tempo de actividade profissional”.

A variável dependente é “ (...) a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin, 1999, pg.37). Assim, no presente estudo, a variável dependente é o conhecimento do aluno do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo.

A variável independente é a que causa ou influencia determinado resultado. “A Variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin, 1999, pg.37). Neste estudo considera-se a seguinte variável independente: Humanização das Intervenções de Enfermagem no Período Pós-Anestésico.

4.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Todos os passos de um trabalho de investigação são importantes, mas a colheita de dados é fundamental para a sua realização. Deste modo, o investimento de medida escolhido para a realização deste estudo foi entrevista.

Após cada entrevista procedeu-se a audição integral da mesma, e efectuou-se a sua transcrição.

4.5. Entrevista

É a técnica em que o investigador apresenta-se frente ao investigado e formula-lhe perguntas, com o objectivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É, portanto, uma forma de interacção social. Mais especificamente é uma forma de diálogo

assimétrico, em que uma das partes busca colectar dados e a outra apresenta-se como fonte de informação (Gil1999, pg.19). “ (...) é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.

Essa pesquisa foi do tipo informal, com perguntas abertas, onde foi possível colher dados importantes para complementar o estudo pretendido, perspectivando Gil (1999, pg.111) “o que se pretende com entrevistas deste tipo é a obtenção de uma visão geral do problema pesquisado, bem como a identificação de alguns aspectos da personalidade do entrevistado.”

4.6. Observação

Como referido, uma das técnicas utilizadas para a recolha de dados foi a observação das rotinas do dia-a-dia vivido no sector de Bloco Cirúrgico, com vista a verificar a maneira que são prestados os cuidados de enfermagem dentro do serviço de HBS.

Segundo Marconi e Lakatos (2007, pg.192), “a observação é uma técnica de colecta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar factos ou fenómenos que se desejam estudar”. A observação ajuda o investigador a identificar e a obter provas a respeito de objectivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam o seu comportamento.

Deste modo, neste trabalho foi utilizada a técnica de observação não participativa onde o investigador está em contacto com a realidade estudada, mas sem interagir-se com ela. Esta tem como objectivo observar e acompanhar os procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem, verificar se de alguma forma esses cuidados estão sendo humanizados de uma forma adequada.

4.7. Princípios Éticos

Quando a investigação é aplicada a seres humanos, pode provocar malefícios aos direitos e liberdades da pessoa. Como tal, é necessário proteger esses direitos e liberdades (Fortin, 1999, pg.116).

O código de ética determinou 5 princípios ou direitos fundamentais aplicáveis ao ser humano.

Direito à autodeterminação

Segundo Fortin (1999, pg.116) “ (...) qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Decorre desde princípio que o potencial sujeito tem direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação”. Todos os sujeitos da amostra foram informados que o questionário era facultativo.

Direito à intimidade

Para Fortin (1999, pg.117) este direito “ (...) faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”. Neste estudo foi permitido aos questionários decidir o grau de informação íntima concedida ao longo do questionário.

Direito ao anonimato e à confidencialidade

De acordo com Fortin (1999, pg.117), este direito “ (...) é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador (...) indica (...) o tratamento que ele deve reservar aos dados íntimos que lhe são fornecidos no quadro de estudo”. O questionário foi aplicado sem fazer referência a dados pessoais e identificativos dos questionários.

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo

Este direito é baseado no princípio do «benefício» segundo o qual os membros da sociedade desempenham um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam. (Frankena, 1973, cit in Fortin, 1999, pg.118). Foi garantida a não discriminação dos questionados caso não pretendessem participar no estudo.

Direito a um tratamento justo e equitativo

Este direito diz respeito (...) ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo. (Fortin, 1999, pg.119).

Todos os questionários foram informados sobre a natureza do estudo e as suas finalidades.

4.8. Análise e Tratamento de Dados

Segundo Fortin (1999, pg.277) “num estudo que contenha valores numéricos, a análise de dados começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características do público-alvo na qual os dados foram colhidos, bem como descrever os valores obtidos”.

Foi codificada cada entrevista com a letra E, e um número 1 a 10, o que significa que por exemplo, E1 se refere a entrevista do primeiro enfermeiro que foi entrevistado.

Após a recolha de dados, procede-se à análise e tratamento dos mesmos. Os dados serão processados no programa Microsoft Office Excel 2010, permitindo assim escrever resultados e extrair as respectivas conclusões.

A apresentação dos dados obtidos será realizada através de quadros e gráficos, com o objectivo de facilitar a visão global dos resultados. Este tipo de apresentação sintetiza a informação e torna-a mais compreensível.

4.9. Resultados

Para Fortin (1999, pg.330) “os resultados provêm dos factos observados (...) estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto”.

Após a realização da colheita de dados e do tratamento da informação recolhida através da aplicação do instrumento de pesquisa, passa-se à apresentação dos resultados obtidos.

Neste capítulo é apresentada a análise dos dados obtidos com a finalidade de tornar mais fácil a compreensão e interpretação dos resultados. Assim, os resultados da pesquisa serão apresentados de modo a demonstrar os dados obtidos, obedecendo à sequência do instrumento de colheita de dados.

Inicialmente será realizada a caracterização da população alvo, abordando os aspectos: idade, género, escolha profissional, habilitações literárias, anos actividades profissionais enfermagem, anos actividades profissionais B.C.

De seguida será apresentado os resultados obtidos através das questões colocadas, de modo a avaliar os conhecimentos acerca da temática do estudo.

4.10. Caracterização da população alvo

De seguida apresenta-se a caracterização da população alvo utilizada para este estudo, tendo por base a construção de Tabelas e gráficos.

4.11. Fase Empírica

Como afirma Fortin (2009), “é nesta etapa que esta incluída a colheita de dados, e é onde se faz a organização e o tratamento dos resultados. Nesta fase da investigação passa-se a interpretação, análise e conclusão dos resultados”.

Findada a etapa da colheita de dados foi necessário efectuar a análise e a interpretação dos mesmos que, de acordo com a metodologia utilizada, foi iniciada com a transcrição das entrevistas e respectiva análise do conteúdo. Assim, neste capítulo encontra-se uma parte referente a caracterização da população alvo, a apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas, efectuando uma análise destes, e a apresentação das respostas obtidas, para o cumprimento dos objectivos desta investigação.

Todo esse trajecto terá como base de fundamentação o marco teórico efectuado anteriormente.

4.11.1. Caracterização da população alvo

Neste capítulo, encontram-se os dados que caracterizam do público-alvo, estes, como referidos anteriormente, foram tratados recorrendo ao programa informático Excel 2010.

Para a realização deste trabalho o público-alvo escolhido foi constituído por 10 Enfermeiros com características próprias de acordo com as necessidades para dar resposta aos objectivos pretendidos.

No quadro seguinte apresentam-se algumas características do público-alvo do estudo.

Tabela 1: Apresentação das características do público-alvo.

	Género	Idade	Escolha Profissional	Habilitações Literárias	Anos Actividades profissionais Enf.	Anos Actividades profissionais B.C
E1	Fem	37	1ª Opção	Licenciatura	14	14
E2	Fem	41	1ª Opção	Licenciatura	17	12
E3	Fem	43	2ª Opção	Licenciatura	14	10
E4	Fem	37	1ª Opção	Licenciatura	11	1
E5	Fem	45	1ª Opção	Licenciatura	27	24
E6	Fem	48	1ª Opção	Licenciatura	22	20
E7	Fem	42	1ª Opção	Licenciatura	20	16
E8	Fem	53	1ª Opção	Licenciatura	16	16
E9	Fem	26	1ª Opção	Licenciatura	1	1
E10	Masc	32	1ª Opção	Licenciatura	10	4

O público-alvo foi caracterizado de acordo com as seguintes categorias: Género, idade, escolha profissional, habilitações literárias, anos actividades profissionais Enfermagem, anos actividades profissionais bloco cirúrgico.

4.12. Distribuição do público-alvo segundo o Género

Tabela nº 2: Distribuição do público-alvo segundo o género

Género	n	%
Masculino	1	10
Feminino	9	90
Total	10	100

n. Tamanho do público-alvo

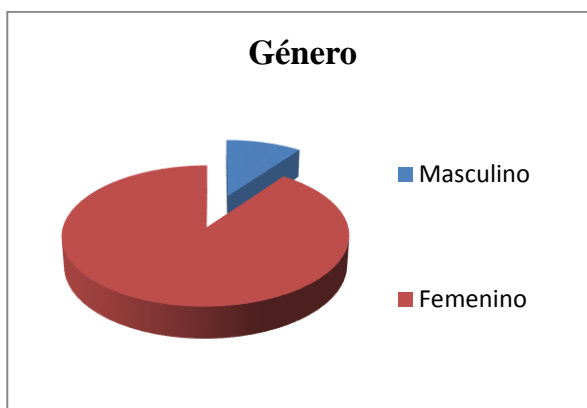


Gráfico nº 1: Distribuição do público-alvo segundo o género

Da análise efectuada relativamente ao género pode verificar-se que a amostra é constituída por 10 Enfermeiros. Em que temos 9 Enfermeiras e 1 Enfermeiro. Nesse sentido pode-se concluir que há um domínio do género feminino. Esta característica pode ser justificada, pelo facto de existir mais Enfermeiras do que Enfermeiros no activo, e como afirma Pereira (2006, pg. 114) a Enfermagem foi sempre desenvolvida no seio de uma profissão predominantemente feminina.

4.13. Distribuição do público-alvo segundo a idade

Tabela nº 3: Distribuição do público-alvo segundo o gênero

Idade	n.	%
[25;30]	1	10
[31;35]	1	10
[36;40]	2	20
[41;45]	4	40
[46;50]	1	10
[51;55]	1	10
Total	10	100

n. Tamanho do público-alvo

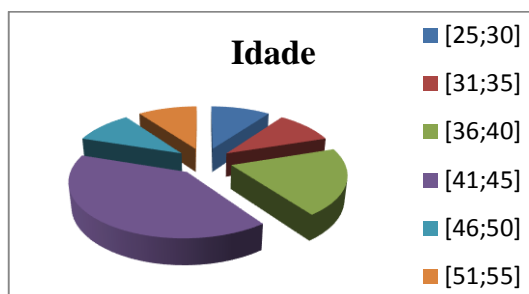


Gráfico nº 2: Distribuição do público-alvo segundo a idade.

Em relação a faixa etária, esta situa-se entre os 26 a 53 anos de idade. De referenciar que existe um enfermeiro entre 25 a 30 anos, um enfermeiro entre 31 a 35 anos, dois enfermeiros entre 36 a 40 anos, quatro enfermeiros entre 41 a 45 anos, um enfermeiro entre 46 a 50 anos e um enfermeiro entre 51 a 55 anos.

4.13. Distribuição do público-alvo segundo a escolha Profissional

Tabela nº 4: Distribuição do público-alvo segundo a escolha Profissional

Escolha Profissional	n.	%
1ª Opção	9	90
2ª Opção	1	10
Total	10	100

n. Tamanho do público-alvo

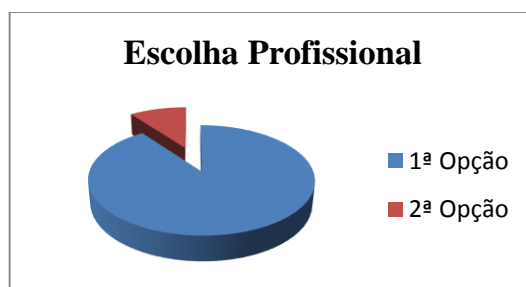


Gráfico nº3: Distribuição do público-alvo segundo a escolha profissional

No que toca a escolha profissional, classificado por 1ª e 2ª opção. Pode-se observar que nove Enfermeiros têm a profissão de enfermagem como a primeira opção, e um Enfermeiro como a segunda opção.

4.14. Distribuição do público-alvo segundo grau académico

Tabela nº 5: Distribuição do público-alvo segundo grau académico

Grau Académico	n.	%
Licenciatura	10	100
Bacharelo	0	0
Total	10	100

n. Tamanho do público-alvo

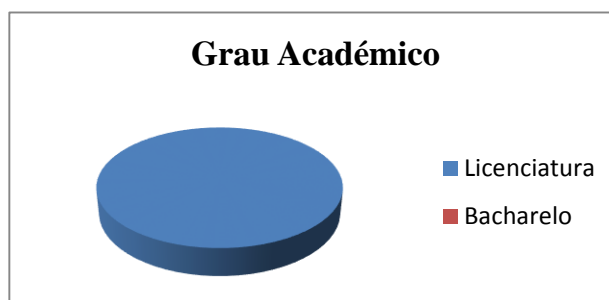


Gráfico nº4: Distribuição do público-alvo segundo grau académico

No que concerne ao grau académico este engloba os 10 Enfermeiros todos licenciados.

4.15. Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional Enfermagem (Enf)

Tabela nº 6: Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional Enfermagem (Enf)

Anos prática profissional Enf	n.	%
[1; 5]	1	10
[6; 10]	1	10
[11; 15]	3	30
[16; 20]	2	20
[21; 25]	2	20
[25; 30]	1	10
Total	10	100

n. Tamanho do público-alvo

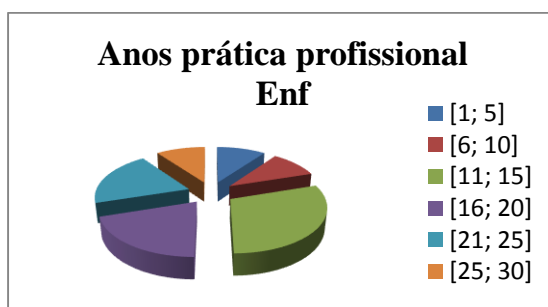


Gráfico nº5: Distribuição do público-alvo segundo anos de prática profissional em Enfermagem

Relativamente, aos anos de prática desta profissão esta vai desde 1 aos 27 anos. Sendo que um enfermeiro trabalha entre 1 a 5 anos, um enfermeiro trabalha entre 6 a 10 anos, três enfermeiros entre 11 a 15 anos, dois enfermeiros entre 16 a 20 anos, dois entre 21 a 25 anos e um entre 25 a 30 anos.

4.16. Distribuição da amostra segundo anos prática profissional Enfermagem no Bloco Cirúrgico (B.C)

Tabela nº 7: Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional Enfermagem no Bloco Cirúrgico (B.C)

Anos prática profissional no B.C	n.	%
[1; 5]	3	30
[6; 10]	1	10
[11; 15]	2	20
[16; 20]	3	30
[21; 25]	1	10
Total	10	100

n. Tamanho do público-alvo

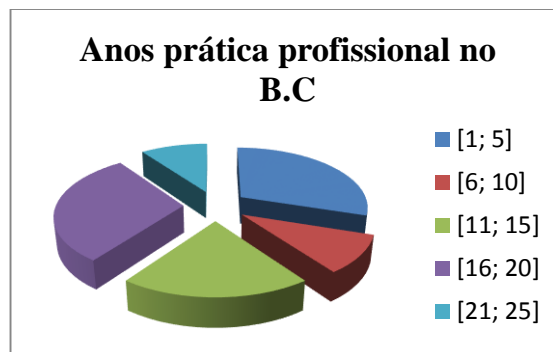


Gráfico nº6: Distribuição do público-alvo segundo anos de prática profissional em Enfermagem no B.C

No que toque, aos anos de prática desta profissão esta vai desde 1 aos 24 anos. Sendo que três enfermeiros trabalham entre 1 a 5 anos, um enfermeiro trabalha entre 6 a 10 anos, dois enfermeiros entre 11 a 15 anos, três enfermeiros entre 16 a 20 anos e um enfermeiro entre 21 a 25 anos.

4.16. Apresentação e análise de dados

Os dados referentes a análise qualitativa efectuada a cada uma das questões levantadas, serão apresentados através de tabelas síntese. Apresenta-se de seguida os dados obtidos pela análise do conteúdo das entrevistas realizadas aos 10 Enfermeiros. Das questões colocadas emergiram as seguintes respostas:

Tabela nº 8 - referente a primeira questão da entrevista:

1- O que entendes por humanização de cuidados de enfermagem.	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) É lidar, é tocar, é cuidar (...) ”
E2	“ (...) É o cuidar do ser humano (...) ”
E3	“ (...) Ter em atenção ao utente como o todo (...) ”
E4	“ (...) É ver o doente como o todo (...) ”
E5	“ (...) Ter em conta o doente, e tudo aquilo que o envolve, tudo o que tem a ver com a integridade dele, à nível físico e mental (...) ”
E6	“ (...) É o cuidar holístico, é ter em atenção a pessoa como o todo (...) ”
E7	“ (...) Ter em consideração o doente, e ter em atenção também a parte mental (...) ”
E8	“ (...) Atender ao todo da pessoa, ao biopsicossocial, atender a pessoa no seu todo (...) ”
E9	“ (...) É ver o doente como um todo, ver a parte espiritual (...) ”
E10	“ (...) Individualizar os cuidados, mediante as suas necessidades (...) ”

Da análise dos resultados feitos aos 10 enfermeiros percebe-se que as respostas dos Enfermeiros vai de encontro a bibliografia no que toca a humanização dos cuidados, mas nenhum deles conseguiram dar uma resposta que englobasse todos os critérios para definir humanização.

- É lidar, é tocar, é cuidar;
- Ter em atenção ao utente como o todo;

- É o cuidar holístico;
- Cuidado biopsicossocial;
- Ver a parte espiritual.

Como nos diz Almeida (2009, pg.56) “Humanização é aplicada aquelas situações em que, além de valorizar o cuidado em suas dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do paciente, respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia, e a sua subjectividade”.

Tabela nº 9 - referente a primeira questão da entrevista:

2- Para si o qual é o significado da individualização no cuidado pós-anestésico?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Particularidades de cada utente e dos seus familiares (...) ”
E2	“ (...) Conforto e privacidade do utente (...) ”
E3	“ (...) Cada utente possui as suas próprias características (...) ”
E4	“ (...) Plano de cuidado de acordo com as características de cada utente.
E5	“ (...) Prestar cuidados de forma individualizada e isolada (...) ”
E6	“ (...) Cuidados específicos ao quadro que apresenta (...) ”
E7	“ (...) Cuidar do utente no seu todo (...) ”
E8	“ (...) Atenção especial a cada utente, tendo em conta as suas necessidades (...) ”
E9	“ (...) É a preocupação que se tem com cada utente (...) ”
E10	“ (...) É uma assistência voltada para as individualidades de cada utente (...) ”

Da análise das entrevistas nota-se que a definição de individualização dos cuidados, dos 10 entrevistas é diferente, cada um apontando alguns critérios necessários a individualização critérios.

Em que se destacam os seguintes critérios:

- Conforto e privacidade do utente;
- Características próprias;

- Cuidados específicos ao quadro do utente;
- Ver o utente no seu todo;
- Necessidades específicas de cada utente.

Pode-se concluir que esses conjuntos de características definem a individualização dos cuidados ao utente.

Coutinho (2005, pg.57), declara que, “assumir o dever de humanizar implica dar atenção à pessoa, considerando-a na sua totalidade, mas reconhecendo também a sua individualidade face aos outros, e tendo em conta o contexto em que se insere, familiar e comunitário”.

Tabela nº 10 - referente a segunda questão da entrevista:

3- Para si quais são as condições necessárias para a humanização do utente no pós-anestésico?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Respeitar o pudor do utente, manter o lugar calmo sem presença de pessoas estranhas (...) ”
E2	“ (...) Condição para dar atenção que cada utente necessita (...) ”
E3	“ (...) Espaço físico adequado (...) ”
E4	“ (...) Possuir biombo para proteger a privacidade do utente (...) ”
E5	“ (...) Cortinas entre cada cama (...) ”
E6	“ (...) Espaço físico adequado (...) ”
E7	“ (...) Separação dos utentes, eliminar ruídos (...) ”
E8	“ (...) Ética profissional, (...) ”
E9	“ (...) Ambiente acolhedor, espaço físico apropriado, (...) ”
E10	“ (...) Espaço físico apropriado (...) ”

Da análise feita aos 10 Enfermeiros pode-se notar que para os mesmos as condições necessárias para a privacidade dos utentes são:

- Respeito ao utente;
- Silêncio;
- Espaço físico adequado;

- Biombo para a protecção da privacidade do utente;
- Ética profissional.

A ordem dos Enfermeiros (2001, pg.11) nos alerta que: “como elemento importante da satisfação dos utentes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, é o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente”.

Ainda de acordo com Petit (cit. In Hesbeen, 2004, pg.87), cuidar é uma “Conduta ética que consiste em descobrir o outro na sua singularidade e em acompanhá-lo com a finalidade de proteger a sua vida, respeitando-o sempre, sem exercer sobre ele poder”.

Tabela nº 11 - referente a terceira questão da entrevista:

4- Quais seriam as suas proposições para melhorar a privacidade do utente?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Quartos individualizados, e equipamentos apropriados (...) ”
E2	“ (...) Melhoria do espaço físico (...) ”
E3	“ (...) Possuir biombos ou cortinas entre as camas (...) ”
E4	“ (...) Utilização de biombos (...) ”
E5	“ (...) Quarto para cada utente e Enfermeiros em quantidade suficiente (...) ”
E6	“ (...) Colocar repartições entre as camas (...) ”
E7	“ (...) Melhores condições e espaço suficiente entre as camas (...) ”
E8	“ (...) (...) ”
E9	“ (...) Melhorias do espaço físico (...) ”
E10	“ (...) Utilização de biombos (...) ”

A quanto das suas proposições para a melhoria da privacidade do utente pode-se destacar a preocupação dos Enfermeiros no que toca a:

- Equipamentos apropriados;
- Melhoria do espaço físico;
- Possuir biombos ou cortinas entre as camas;

- Enfermeiros em quantidade suficiente.

Tabela nº 12 - referente a quarta questão da entrevista:

5- Qual é a capacidade ocupacional deste serviço?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Não possui um limite, há uma sobrecarga (...) ”
E2	“ (...) 5 Camas para mais ou menos 20 utentes diários (...) ”
E3	“ (...) 15 Utesntes diários (...) ”
E4	“ (...) 10 a 12 utentes diários (...) ”
E5	“ (...) Não possui um limite (...) ”
E6	“ (...) 15 Utesntes diários (...) ”
E7	“ (...) 5 Camas para mais ou menos 20 utentes diários (...) ”
E8	“ (...) 15 Utesntes diários (...) ”
E9	“ (...) Não possui um limite (...) ”
E10	“ (...) Não possui um limite (...) ”

Relativamente a capacidade ocupacional da recobre, pode-se recolher junto aos entrevistados as seguintes respostas:

- Não possui um limite;
- 5 Camas para mais ou menos 20 utentes diários;
- 15 Utesntes diários;
- 10 a 12 utentes diários.

Conclui-se que com as condições que esse espaço físico oferece aos enfermeiros para a realização do seu trabalho não esta de acordo com a bibliografia referente ao enquadramento teórico. O que trará dificuldades para os enfermeiros fazerem um trabalho humanizado.

Como diz RIBEIRO E MARTINS (2010, pg.1) “a humanização é um conjunto de medidas que objectivam a conciliação entre os cuidados em saúde e as tecnologias, como também um espaço físico favorável e a satisfação dos profissionais da equipe e do usuário (...)”

Enfatiza Possari, (2003, pg.99), Com uma tabela mostrando a relação entre enfermeiro e o número de leitos:

Equipe Período	Critério	Período	Nº
Enfermeiro	01 para 05 leitos	Turno de Trabalho	01
Técnico de Enfermagem	01 para 03 leitos	Turno de Trabalho	02
Auxiliar de Enfermagem	01 para 05 leitos	Turno de Trabalho	01

Tabela nº 13 - referente a quinta questão da entrevista:

6- Qual são os equipamentos mais utilizados na recobre?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Dinamap, garrafas e sondas de oxigénio, aspirador (...) ”
E2	“ (...) Monitor de sinais vitais, garrafas e sondas de oxigénio (...) ”
E3	“ (...) Dinamap (...) ”
E4	“ (...) Garrafas e sondas de oxigénio, aspirador, monitor de sinais vitais (...) ”
E5	“ (...) Garrafas e sondas de oxigénio, aspirador, monitor de sinais vitais (...) ”
E6	“ (...) Aspirador, monitor de sinais, biombo (...) ”
E7	“ (...) Dinamap, aspirador (...) ”
E8	“ (...) Aspirador, monitor de sinais, biombo (...) ”
E9	“ (...) Dinamap, aspirador (...) ”
E10	“ (...) Monitor de sinais vitais, garrafas e sondas de oxigénio (...) ”

Com base nas entrevistas pode-se fazer um levantamento dos equipamentos mais utilizados no pós-anestésico:

- Dinamap;
- Garrafas e sondas de oxigénio;
- Aspirador;
- Monitor de sinais vitais;
- Biombo.

O investigador conclui-se de acordo com a bibliografia consultada que há uma sêrã carências em termos de equipamentos que proporcionariam ao enfermeiro melhores condições de trabalho, onde poderia ganhar tempo e logo conseqüentemente ter mais tempo para dar ao utente a devida atenção que precisa

Tabela nº 14 - referente a sexta questão da entrevista:

7- Quais as características dos equipamentos que lhes permitiriam ganhar tempo?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Materiais electrónicos, sistema de oxigenoterapia através de rede (...) ”
E2	“ (...) Dinamap com papel para impressão, aspirador moderno (...) ”
E3	“ (...) Transfere Moderno, carro de urgência (...) ”
E4	“ (...) Possuir equipamentos automáticos (...) ”
E5	“ (...) Materiais electrónicos, materiais de fácil deslocação (...) ”
E6	“ (...) Materiais electrónicos (...) ”
E7	“ (...) Monitores portáteis (...) ”
E8	“ (...) Materiais electrónicos (...) ”
E9	“ (...) Materiais electrónicos (...) ”
E10	“ (...) Transfere Moderno, carro de urgência (...) ”

Segundo os Enfermeiros entrevistados os equipamentos que lhes permitiriam ganhar tempo são:

- Materiais electrónicos;
- Sistema de oxigenoterapia através de rede;
- Dinamap com papel para impressão;
- Aspirador moderno;
- Carro de urgência;
- Transfere Moderno.

Tabela nº 15 - referente a sétima questão da entrevista:

8- Cita as dificuldades mais recorrentes pós-anestésico?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Camas insuficientes, lençóis insuficientes e roupas insuficientes para os utentes (...) ”
E2	“ (...) Roupas insuficientes para os utentes (...) ”
E3	“ (...) Espaço físico reduzido, (...) ”
E4	“ (...) Enfermeiros Insuficientes (...) ”
E5	“ (...) Camas insuficientes (...) ”
E6	“ (...) Lençóis insuficientes (...) ”
E7	“ (...) Excesso de utentes para o número de Enfermeiros, roupas insuficientes para os utentes, lençóis insuficientes (...) ”
E8	“ (...) Camas insuficientes, Enfermeiros insuficientes (...) ”
E9	“ (...) Falta de equipamentos (...) ”
E10	“ (...) Falta de privacidade para os utentes, lençóis insuficientes e roupas insuficientes para os utentes (...) ”

Para os Enfermeiros as dificuldades mais recorrentes são:

- Camas insuficientes;
- Lençóis insuficientes;
- Roupas insuficientes para os utentes;
- Espaço físico reduzido;
- Enfermeiros Insuficientes;

- Falta de equipamentos;
- Falta de privacidade para os utentes.

Tabela nº 16 - referente a oitava questão da entrevista:

9- Separar homens e mulheres no pós-anestésico é possível?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Não é possível por causa da estrutura física do espaço que não permite (...) ”
E2	“ (...) Só é possível quando se tem biombo (...) ”
E3	“ (...) Não é possível por causa da estrutura física do espaço que não permite (...) ”
E4	“ (...) Sim com biombo (...) ”
E5	“ (...) É possível só através de biombo (...) ”
E6	“ (...) Há momentos que é possível e outros não, por causa do espaço físico (...) ”
E7	“ (...) É possível (...) ”
E8	“ (...) É possível (...) ”
E9	“ (...) Só será possível com biombos ou então com cortinas (...) ”
E10	“ (...) Sim através de biombos (...) ”

Referente a questão sobre separar os homens das mulheres no pós-anestésico surgiu as seguintes respostas:

- Não é possível por causa da estrutura física;
- Só é possível quando tem biombo;
- É possível;
- É possível só através de biombos.

Tabela nº 17 - referente a nona questão da entrevista:

10- Um utente com um dedo amputado qual seria a sua abordagem da dor fantasma?	
	Unidade de contexto
E1	“ (...) Dar apoio emocional (...) ”
E2	“ (...) Conversar com o utente (...) ”
E3	“ (...) Apoio psicológico (...) ”
E4	“ (...) Apoio psicológico (...) ”
E5	“ (...) Apoio psicológico (...) ”
E6	“ (...) Conversar com o utente (...) ”
E7	“ (...) Dar apoio emocional (...) ”
E8	“ (...) Conversar com o utente (...) ”
E9	“ (...) Conversar com o utente (...) ”
E10	“ (...) Dar apoio emocional (...) ”

Da análise das entrevistas destacou-se as seguintes abordagens:

- Dar apoio emocional;
- Conversar com o utente;
- Apoio psicológico.

4.17. Discussão dos Resultados

Tendo atingido esta etapa do trabalho monográfico, é ainda necessário proceder as conclusões e a algumas reflexões acerca da temática em estudo: Humanização das intervenções de Enfermagem no período pós-anestésico.

Para que o investigador consiga de uma forma precisa e profunda efectuar uma análise crítica dos dados que foram analisados e tratados, achou-se pertinente fazê-lo através dos objectivos de investigação de estudo. Desta forma tentar-se-á, com os dados obtidos, dar resposta a cada uma delas, tornando-se mais facilitador apontar estratégias para colmatar alguns constrangimentos detectados ao longo do estudo e dar cumprimento aos objectivos formulados.

De modo a retirar uma conclusão dos resultados e das implicações que deles decorrem, Fortin (1999, pg. 329) refere que, “ (...) O investigador é levado a comparar, a constatar os resultados e servir-se da teoria, dos trabalhos de investigação que tratam o mesmo fenómeno a da prática profissional para fazer inferências”.

Através dos resultados obtidos nas entrevistas, pode-se verificar que grande parte das respostas vai de encontro com a revisão bibliográfica efectuada, no entanto, em algumas das questões os mesmos ficam aquém das afirmações dos autores.

- Compreender o significado que a humanização representa para o enfermeiro.

Tendo em conta o objectivo referenciado, e a partir da análise do conteúdo elaborado, o investigador constatou não haver concordância por parte dos entrevistados da definição de humanização. Quatro dos enfermeiros afirmam que a humanização dos cuidados é definida pela perspectiva biopsicossocial, dois enfermeiros afirmam que humanização é cuidar do utente, dois falam em tratar a parte mental e um fala da espiritualidade do utente.

De acordo com estes resultados o investigador pode concluir que nenhum dos entrevistados, de acordo com os autores, foi capaz de dar uma resposta abrangente e correcta da humanização dos cuidados que se baseia em três aspectos importantes: a perspectiva biopsicossocial, personalização dos cuidados e o cuidar humano. Isto pode levar a pensar que a humanização dos cuidados no pós-anestésico ainda não está clara para

os profissionais de enfermagem. O que deixa o investigador preocupado, pois este é um dos aspectos mais importante desta profissão.

- Identificar as dificuldades presentes na prestação de cuidados humanizados no pós-anestésico

Após a análise, e dando resposta a este objectivo, constatou-se que as dificuldades referenciadas para a prestação de cuidados humanizados foram várias. Apenas três enfermeiros referiram o espaço físico como sendo um constrangimento à prática de cuidados humanizados. Constatou-se que todos os 10 enfermeiros fizeram referência a carência de materiais para uma melhor prestação de cuidados humanizados aos utentes. A quando dos recursos humanos, três enfermeiros fizeram referência a essa problemática.

Assim sendo, podemos considerar que o enfermeiro na sua actuação, não depende apenas de si, mas também do ambiente que o envolve e o influencia. As condições e dinâmicas de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos são também referidas por estes como condicionantes do processo de humanização. Neste ponto merece o destaque o facto de que os enfermeiros consideram o espaço físico como um inibidor, visto que na maioria das vezes não possui condições que lhes permitem um cuidado humanizado.

No que toca aos recursos materiais o investigador notou-se durante as entrevistas uma clara deficiência em termos de camas para o número de cirurgia que são realizados diariamente, bem como a falta de lençóis para estender nas camas e para cobrir o utente.

Falando dos recursos humanos, alguns enfermeiros demostram dificuldades em dar conta do número de utentes por enfermeiro, visto que na SRPA existe um enfermeiro para uma média de 15 utentes que passam diariamente pela SRPA.

Então, nestas condições, o investigador pergunta-se como será possível humanizar, visto que para humanização o enfermeiro precisa de tempo e condições materiais para tal.

Relativamente a falta de recursos humanos, acredita-se que é um factor indispensável para uma boa prática profissional e para ganhar tempo necessário para dedicar a cada individuo. Tendo a humanização o objectivo de ver o individuo no seu todo, é imprescindível ouvi-lo e compreendê-lo para a prestação de um cuidar mais adequado, que nesse mesmo sentido um dos objectivos da humanização. É impensável por em prática tais cuidados, pois só assim é possível estabelecer uma relação com o utente.

O investigador notou-se que ao observar a humanização de cuidados na sua globalidade, existem aspectos que de acordo com os constrangimentos apresentados, poderão ser difíceis de se colocar em prática, tal como se pretende.

Nesta temática, conclui-se que a prestação de cuidados é sempre influenciada pelo ambiente e meio que os rodeiam, e se este não for favorável a humanização será comprometida. No entanto, o investigador considera que houve aspectos que foram referenciados pelos profissionais em minoria que acabam por ser os mais importantes para os utentes.

- Identificar as práticas que os Enfermeiros utilizam para favorecer a humanização dos cuidados no utente pós-Anestésico;

Relativamente a este objectivo, e através da análise do conteúdo realizado, surgiram várias práticas para a promoção da humanização dos cuidados no pós-anestésico, pois todos os enfermeiros indicaram práticas que vão de encontro a humanização no pós-anestésico.

Verifica-se que os enfermeiros entrevistados dão grande importância às relações estabelecidas aquando da prestação de cuidados. No entanto é de realçar que nenhum dos entrevistados conseguiram indicar mais do que duas práticas para a humanização no pós-anestésico, que deixa o investigador bastante preocupado sobre essas práticas.

Um dos aspectos que marcou o investigador, foi o facto de nenhum dos entrevistados ter falado dos direitos do utente, e estes são vários, mas alguns deles são cruciais e têm de estar em todos os momentos da prestação de cuidados, independentemente dos constrangimentos sentidos pelo profissional como por exemplo o consentimento informado.

É de realçar que no pós-anestésico, de acordo com os entrevistados, a maioria mostrou a preocupação na individualização do utente através de biombo entre as camas e na separação entre a mulher e o homem da SRPA com a finalidade de preservar a intimidade e o pudor do utente.

Nesta temática concluiu-se que nem todos os Enfermeiros utilizam as mesmas práticas para levar a cabo a humanização dos cuidados no pós-anestésico, o que leva o investigador a pensar que ainda há necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca da mesma temática.

Concluiu-se ainda que nesta área falta caminhar e investir para a realização de melhores práticas humanizadas, visto que o objectivo desta profissão é o cuidar da pessoa que passa pelo bem-estar físico e mental, e pelo respeito pelos seus direitos e dignidade da mesma.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem como disciplina em evolução e em constante procura da melhoria dos cuidados prestados, com o objectivo de atingir a excelência, vai buscar à investigação contributos preciosos. Essa é a principal razão porque cada vez mais os enfermeiros desenvolvem trabalhos nesta área, a par de razões de ordem académica.

O tema deste trabalho surgiu por interesse pessoal e curiosidade despertada durante ensinamentos clínicos, e pelo interesse dos conteúdos teóricos aprendidos ao longo deste percurso.

Através das várias etapas do processo de investigação (fase conceptual, fase metodológica e fase empírica), procedeu-se à elaboração deste trabalho monográfico, com o objectivo de descobrir qual a percepção dos enfermeiros sobre a humanização de cuidados de enfermagem no pós-anestésico.

Na fase conceptual formulou-se o objecto de estudo e apresentou-se o tema, a pergunta de partida, assim como um quadro teórico e os objectivos deste trabalho monográfico. A fase metodológica é referente à metodologia utilizada neste estudo, e inclui o tipo e método de estudo, a população escolhida, as variáveis, o instrumento de colheita, a realização, bem como as considerações éticas e interpretação dos resultados.

De uma forma global e após a análise de todas as questões de investigação verificou-se alguma concordância entre toda a pesquisa bibliográfica e a respectiva análise de conteúdo efectuada às entrevistas elaboradas.

Através da elaboração do trabalho monográfico realizou-se um primeiro contacto prático com a área de investigação em Enfermagem. As dificuldades inicialmente previstas foram de facto sentidas, dada a inexperience neste tipo de trabalho, mas no entanto foram sendo ultrapassadas com o empenho pessoal e com a colaboração, apoio e disponibilidade do orientador.

Através deste trabalho monográfico verificou-se que para todos os entrevistados é unânime que a humanização tem uma parte fundamental nesta profissão, no entanto, nem todos os enfermeiros conseguiram identificar de forma global o conceito da mesma, o que acaba por interferir na utilização da humanização dos cuidados na prática do dia-a-dia. A humanização dos cuidados de enfermagem segundo os profissionais, passa por várias técnicas, contudo, também foram referidas algumas dificuldades, pelos mesmos, para garantir a sua realização.

Verificou-se que os conhecimentos dos profissionais sobre esta temática não estão totalmente eficazes, notando-se uma necessidade de repensar nas práticas que levam à humanização.

Apesar de tudo, e tendo a mesma consciência que no seu dia-a-dia nem sempre conseguem pôr em prática uma humanização de cuidados efectiva, apresentaram algumas estratégias que poderiam ser benéficas para melhorar estes aspectos: o empenho e o envolvimento da equipe multidisciplinar. Um investimento interessante nos serviços ou mesmo da instituição seria facilitar momentos de reflexão em grupo sobre temas desta importância.

Para finalizar pode-se dizer que esta experiência foi extremamente enriquecedora, pois permitiu aprofundar conhecimentos numa área de grande importância para a prática desta profissão. Revelou-se também gratificante, pois contribui para o desenvolvimento do investigador no campo da investigação.

Considera-se que os objectivos propostos no início do trabalho foram atingidos. Além disso espera-se que este trabalho não fique apenas por aqui, e que dele se possam retirar ideias úteis que levadas à prática possam enriquecer a prática da enfermagem.

Esta temática abre muitas portas para posteriores estudos de investigação. Pretende-se de futuro aprofundar a mesma e, possivelmente dar continuidade a este estudo tentando percebê-lo de um prisma diferente, ou seja, qual a percepção dos utentes sobre a humanização dos cuidados de enfermagem. Assim, pretende-se perceber quais as práticas reconhecidas e quais as dificuldades que os utentes encontram aquando da prestação de cuidados de enfermagem.

Nesta perspectiva surge outra sugestão para desenvolver futuramente, como um estudo comparativo entre a percepção do enfermeiro sobre a humanização de cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde diferenciados, e do enfermeiro que trabalha em cuidados de saúde primários. Cada um destes enfermeiros contacta com o utente numa fase diferente do seu desenvolvimento vital e de saúde, sendo que como tal, os cuidados prestados são bem diferentes.

Resta agora referir que foi com grande empenho e dedicação que este trabalho monográfico foi elaborado e que, pelo seu carácter, contribui para o desenvolvimento pessoal e intelectual, assim como a aquisição de capacidades que, ao longo desta licenciatura, ainda não tinham sido adquiridas, no sentido de que num futuro profissional ele irá contribuir para colaborar em possíveis mudanças de comportamentos quer a nível profissional, como Enfermeiro, quer a nível social, como pessoa.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, D. V. (2009). Referência, revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde: domínio de enfermagem. Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. (Série II, nº10, Julho)

António, P.S.; Munari, D.B.; Costa, h.k. (2002) *Factores geradoras de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias*. Rev. Electrónica de Enfermagem (on-line), v.04,. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/fatores.html. Acesso em 10 de Maio de 2015

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES. (2012) *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia a Prática dos Cuidados*.

BALZER, J. R. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Lusociência, 4ª edição.

BLACK Joyce M. e JACOBSON Esther Matassarini. (1993) *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma Abordagem Psicofisiológica*.

CABRAL, Dinorá G.C. (2001). Revista de formação contínua em enfermagem. *Humanizar: entre o projecto de vida e o dever profissional, uma reflexão*. Pg. 14-17.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COREN/GO. (2000) *Código de Ética dos profissionais de Enfermagem*. Brasília (DF).

CAPRARA, A; FRANCO, A. L. e S. (1999). *A relação paciente – médico: para uma humanização da prática médica*. Cadernos de Saúde Pública. v. 15, n.º 03.

CRUZ, E.A da; VARELA, Z.M de V. (2002) *Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado*. Rev. Eletrônica de Enfermagem (on-line), v 04, n.º 01, p. 51-58,. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/centro.html. Acesso em 04 de Abril de 2015.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS - OMS. Disponível em: <http://www.boes.org/un/porhr-b.html>. Acesso em 28/05/2015.

DOUTRA, Herícia Silva (2009). Comunicação e relações humanas no trabalho de enfermagem - trabalho em equipa. [On-line], <http://www.ufjf.br>, 13/04/2015;

FORTIN, M. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção a realização*. Loures, Lusociência;

FORTIN, MARIE-FABIENNE, (2009), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures, Lusodata;

FERREIRA, Mónica Alexandra Gonçalves; PONTES, Manuela; FERREIRA, Nuno (2009). *Cuidar em enfermagem-percepção dos utentes*. [On-line], <http://www.bddigital.ufp.pt>, 10/05/2015;

GIL, António Carlos (1999) – Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas.

GIORDANI, Annecy Tojeiro. **Humanização da Saúde e do Cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

GLORIA M. Bulechek, HOWARD K. Butcher, JOANE. M. Dachterman. NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem 5ª edição.

GUEDES, M.V.C.FELIX, V de C. S.SILVA, L de F. da. (2001) *O trabalho no centro cirúrgico: representações sociais de enfermeiros*. São Paulo. Rev. Nursing, n.º 34.pg. 20-24

JOUCLAS, V. M. G.; TENCANTTI, G. T.; OLIVEIRA, V. M. (1998) *Qualidade do cuidado de enfermagem trans-operatório e de recuperação anestésica de acordo com a satisfação do cliente*. Curitiba. Rev. Cogitare de Enfermagem, v. 03.pg. 43-49.

MENDES, I. A. C.; TREVISAN, M. A.; HAYASHIDA, M.; NOGUEIRA, M. S. (2000) *Enfermagem, vínculos humanos e direitos do paciente*. In: MENDES, I. A. C.;CAMPOS, E. *Comunicação como meio de promover a saúde, 7º Simpósio de Comunicação em Enfermagem*. Anais. FIERP, Ribeirão Preto.

MEZOMO, J, C. (1995) *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos*. São Paulo: J.C. Mezano.

Ministério da Saúde. (1999). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Direcção Geral da Saúde, 2ª edição.

OLIVEIRA, M. E. (2001) Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M. *A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento*. Florianópolis. Ed. Cidade Futura.

OSSWALD, W. (2002) Cadernos bioéticos. *Humanização, ética, solidariedade*.

PACHECO, (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal. Perspectiva ética*. Lusociência 2ª Edição

PEREIRA, Natália das Graças Garcia (2008). *Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência*. [On-line], <http://www.repositorioaberto.uab.pt>, 13/04/2015;

PINTO, Cristina Maria Correia Barroso (2003). *O respeito no cuidado de enfermagem: perspectiva do doente terminal*. Porto. [On-line], <http://www.repositorio-aberto.up.pt>, 10/05/2015;

PINTO, V. F. (1996). Revista Servir. *Humanização e qualidade de vida*.

POSSARI, João Francisco. (2003) *Assistência de enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA)*. São Paulo: Iatria.

POSSARI, João Francisco. (2007) *Centro cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão*. São Paulo.

PUPULIM, J.S.L; SAWADA, N.O. (2002) *O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético moral*. Rev. Latino Americana de Enfermagem. V. 10, n.º 03, pg. 433- 438.

RODRIGUES, A. L. (2000) *Sensibilizando a humanizando o cuidado*. Monografia de especialização apresentada a UFP-PR. Curitiba.

RODRIGUES, E. (2003) Boletim do Hospital de São Marcos Braga. *O outro na perspectiva do cuidar*.

ROSÁRIO, Elsa Maria de Oliveira (2009). *Comunicação e cuidados de saúde: comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. [On-line], <http://www.repositorioaberto.uab.pt>, 10/06/2015

SANTOS, A.L.G.S.; BACKES, V.M.S.; VASCONCELOS, M.A. (2002) *A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson & Zdera*. São Paulo. Rev. Nursing, n.º 48, pg. 25-30.

SILVA, L. de F. da; DAMASCENO, M.M.L; CARVALHO, C.M de L; SOUZA, P. D.S (2001). *Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes*. Brasília. Rev. Brasileira de Enfermagem, v. 54 n.º 04, pg. 578-588.

TANJI S; NOVAKOSKI L. E. R. (2000). *O cuidado humanístico num contexto hospitalar*. Florianópolis, Rev. Texto Contexto Enfermagem, v.09, n.º 02, pg. 800-811,.

TEIXEIRA, M.E.M.; BARBOSA, M.A; SILVA, L.F. (1994). *Percepções dos pacientes quanto aos procedimentos invasivos no pós-operatório de cirurgias de grande porte*. Brasília. Rev. Brasileira de Enfermagem, v47, n.º 03, pg. 250-257.

WALDOW, V. R. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre. Ed. Sagra Luzzatto, 2004

WATSON. J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência 1ª Edição

WESBEEN, W (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência 1ª edição.

VALE, E.G.; AMORIM, M.F.; FREITAS, C.B.; MELO, F.P. (1997). *Orientação pré-operatória: análise compreensiva sob a óptica do cliente*. Brasília.Rev. Brasileira de Enfermagem, v. 50, n.º 01, pg. 31-36.

VILA, V. da S. C. ROSSI, L. A. (2002). *O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”*. Rev. Latino americana de Enfermagem. v. 10, n.º 02, pg. 137-144

3. ANEXO

Richard José Lima dos Santos
UNIVERSIDADE DO MINDELO
Sapientia Ars Vivendi

12 ANOS

12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

*Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos*

*Comissão de Área para parecer.
Superintendente de Ensino
Mindelo, 04 de Novembro de 2014
Dra. Sandra Vasconcelos*

15/11/15

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

[Assinatura]
A Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem

UNIVERSIDADE DO MINDELO

HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA
[Assinatura]
Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Enf.ª Acelia Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde

Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> – e-mail geral@uni-mindelo.edu.cv – Telefone: +238.2326810 – Fax: +238.2325132
NIF: 562770755

mod 003.1.4

5957424

Requerimento

Exma. Senhora Directora do
Hospital Batista de Sousa

Dra. Sandra Vasconcelos

Richard José Lima dos Santos, estudante do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, com nº de inscrição 2630, no âmbito do desenvolvimento do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC), cujo tema é: **Humanização das intervenções de Enfermagem no período Pós-anestésico**, que tem como objectivo geral: **Conhecer a importância da actuação da enfermagem a quando da prestação dos cuidados no período pós-anestésico no Baptista de Sousa**, vem mui respeitosamente requerer a vossa excelência um pedido de autorização para consultar dados na instituição que dirige e entrevistar os enfermeiros do Serviço de Bloco cirurgico, para a recolha de informações pertinentes à pesquisa durante os meses de Março a Junho.

Aguardando uma resposta favorável, os melhores cumprimentos.

Pede deferimento

Mindelo, Abril de 2015

Richard Santos

Richard Santos

Autorizado pelo
Dra. M. Adelaide Delgado
Nutricionista
Hospital B. Sousa
S. Vicente
16/04/2015

Termo de Consentimento Informal

Prezado(a) Senhor (a)_____

Richard José Lima dos Santos, aluno n.º 2630, do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE DO MINDELO, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, com o Título: **Humanização das intervenções de Enfermagem no período Pós-anestésico**, vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo (a) a participar numa entrevista para o trabalho referido, que tem como objetivo geral: **Destacar os termos dos cuidados Humanizados da enfermagem a quando da prestação no período pós-anestésico no Hospital Batista Sousa, (Bloco Cirúrgico, Recobre)** através da entrevista estruturada.

É importante esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) Sr. (a) recusar-se ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete prejuízo à sua pessoa. Informa-se ainda que as informações só serão utilizadas para fins do Trabalho de Conclusão de Curso, garantindo o anonimato do entrevistado. As perguntas serão colocadas verbalmente e as respostas depois serão transcritas para o formato de papel.

Caso tenha alguma dúvida ou necessita de maiores esclarecimentos pode contactar através dos seguintes números: Móvel-595-74-24 ou pelo email santosrichard55@gmail.com.

Eu, _____, aceito participar nesta pesquisa. De acordo com a minha disponibilidade fornecerei toda a informação necessária que seja útil para o seu trabalho.

Assinatura

Mindelo, Junho de 2015

O aluno

Richard Santos

Assinatura

GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de entrevista

Richard José Lima dos Santos, aluno n.º 2630, do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, com o Título: **Humanização das intervenções de Enfermagem no período pós-anestésico**, vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo (a) a participar numa entrevista para o trabalho referido, que tem como objectivo geral: **Conhecer a importância da actuação da enfermagem aquando da prestação dos cuidados Humanizados no período pós-anestésico.**

1. Sexo Feminino.....Masculino.....
2. Idade.....Anos
3. Formação inicial.....
4. Grau Académico.....
5. Tempo de actividade profissional:.....Anos
6. Tempo de actividade profissional Bloco Cirúrgico.....Anos

- 1- O que entendes por humanização de cuidados de enfermagem?
- 2- Para si qual é o significado da individualização no cuidado pós-anestésico?
- 3- Para si quais são as condições necessárias para a privacidade do utente?
- 4- Quais seriam as suas proposições para melhorar a privacidade do utente?
- 5- Qual é a capacidade ocupacional deste serviço?
- 6- Qual são os equipamentos mais utilizados na recobre?
- 7- Quais as características dos equipamentos que lhes permitiriam ganhar tempo?
- 8- Cita as dificuldades mais recorrentes no pós-anestésico?
- 9- Separar homens e mulheres no pós-anestésico é possível?
- 10- Um utente com um dedo amputado qual seria a sua abordagem da dor fantasma?

FICHA DE ENFERMAGEM NO PRÉ – CIRÚRGICO

Hora de Entrada _____ Data ____/____/20____

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/ 20____ Sexo: Fem: (____) Masc : (____). Estado Civil: solteiro (____)
casado (____) viúvo (____) união estável (____)

Escolaridade: (____) analfabeto (____) fundamental (____) médio (____) superior

Profissão/Ocupação: _____

PADRÃO COMUNICAÇÃO, SEXUALIDADE, CRENÇA, HÁBITOS E CONHECIMENTOS

Língua falada: _____

Diagnóstico doença: _____

Cirurgia proposta: _____

Cirurgias anteriores: (____) não (____) sim qual: _____

Doença crónica: (____) não (____) sim Tipo: _____

Fumo: (____) não (____) sim Tipo: _____

Álcool: (____) não (____) sim Tipo: _____

Parou há quanto tempo: _____

Mulher: GESTA: ____ PARA: ____ ABORTO: ____ D.U.M.: ____/____/20____ Menopausa:

(____) não (____) sim

SENTIMENTOS E PREOCUPAÇÃO NA INTERNAÇÃO:

Uso de medicação e hábito de auto-medicação: (____) não (____) sim

Qual _____

Outra Preocupação _____

EXAME FÍSICO

Nível de consciência: (____) consciente (____) inconsciente

Idade: ____ Altura: ____ Peso: ____ IMC: ____ FC: ____ bpm Temp: ____ PA: ____/____ mmHg

SpO2 ____%

Asseção Venoso: Sim (____) Não (____) Nº Cateter (____) Local: _____

Soro: Sim (____) Não (____) Tipo de soro: _____

Algália: Sim (____) Não (____). Quantidade Diurese: _____

Assinatura do Enfermeiro:

FICHA DE CONTROLE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO UTENTE NA SRPA

CONTROLE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DO UTENTE NA SRPA	
Nome: _____ Data: _____ Hora de chegada: _____ Hora de saída: _____	Procedimento: _____ Tipo de Anestesia: _____ Anestesista: _____

PARÂMETROS VITAIS

SINAIS VITAIS							LÍQUIDOS ELIMINADOS				
Data	Hora	P.A	P	R	T	Spo2	Hemoterápicos	Diurese	Evacuações	Vômitos	Drenos

ESCALA DE ARLDRETE E KROULIK			ENTRA DA	30'	60'	120'	SAI DA
ATIVIDADE MUSCULAR	<i>Capaz de mover 4 membros voluntários sob comando</i>	2					
	<i>Capaz de mover 2 membros voluntários ou sob comando</i>	1					
	<i>Incapaz de mover nenhum membro voluntário ou sob comando</i>	0					
RESPIRAÇÃO	<i>Capaz de respirar fundo e tossir livremente</i>	2					
	<i>Dispneia ou respiração limitada</i>	1					
	<i>Apneia</i>	0					
CIRCULAÇÃO	<i>PA (+ ou -) 20 do nível pré-anestésico</i>	2					
	<i>PA 20 a 50 (+ ou -) do nível pré-anestésico</i>	1					
	<i>PA (+ ou -) 50 do nível pré-anestésico</i>	0					
SpO2	<i>Acima de 92% em ar ambiente</i>	2					
	<i>> 90% com O2</i>	1					
	<i>< 90% com O2</i>	0					
CONSCIÊNCIA	<i>Completamente acordado</i>	2					
	<i>Desperta quando estimulado</i>	1					
	<i>Não responde ao estímulo auditivo</i>	0					
TOTAL							
Alta da SRPA com _____ pontos, às _____ horas			Enfermeiro: _____				

Obs.: A partir de 8 pontos já se encontra apto para alta

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
() Completamente acordado () Desperta quando estimulado () Não responde ao estímulo	() Completamente acordado () Desperta quando estimulado () Não responde ao estímulo
RESPIRAÇÃO	RESPIRAÇÃO
() Capaz de respirar fundo e tossir livremente () Dispneia ou respiração limitada () Apneia	() Capaz de respirar fundo e tossir livremente () Dispneia ou respiração limitada () Apneia
ATIVIDADE MUSCULAR:	ATIVIDADE MUSCULAR:
() Move 4 membros () Move 2 membros () Incapaz de mover nenhum membro	() Move 4 membros () Move 2 membros () Incapaz de mover nenhum membro
APRESENTA NÁUSEAS	APRESENTA NÁUSEAS
() NÃO () SIM Qual a medicação: _____	() NÃO () SIM Qual a medicação: _____
APRESENTA VÔMITOS	APRESENTA VÔMITOS:
() NÃO () SIM Qual a medicação: _____	() NÃO () SIM Qual a medicação: _____
SONDA:	SONDA:
() SNG () SNE () SVD () SVA Vol Urinou espontaneamente: _____	() SNG () SNE () SVD () SVA Vol Urinou espontaneamente: _____
BOLSA DE COLOSTOMIA	BOLSA DE COLOSTOMIA
() NÃO () SIM Características: _____	() NÃO () SIM Características: _____
DRENO:	DRENO:
() NÃO () SIM Tipo de Dreno: () Penrose () Suctor () Kherr () Tórax () Nefrostomia () Outros _____	() NÃO () SIM Tipo de Dreno: () Penrose () Suctor () Kherr () Tórax () Nefrostomia () Outros _____
CURATIVO	CURATIVO
() NÃO () SIM OBS: _____	() NÃO () SIM OBS: _____
DOR	DOR
USO DE ANALGÉSICO: USO DE ANALGÉSICO:	USO DE ANALGÉSICO: USO DE ANALGÉSICO:
() NÃO () SIM Medicação: _____	() NÃO () SIM Medicação: _____

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES:

OXIGENIOTERAPIA: Início ____:____ h T: ____:____
